



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt innland, fagartikkel

Psykososial helse hos rehabiliteringspasienter - et innovasjonsprosjekt

(Psychosocial health among rehabilitation patients
- an innovation project)

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10015

Antall ord: 4130

Abstrakt

Introduksjon: En utfordring i kommunehelsetjenesten er at det kan være mangelfull ivaretagelse av rehabiliteringspasientens psykososiale helse. Formålet med innovasjonsprosjektet var å undersøke om sykepleiere mener det er hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling og hvor mye tid sykepleiere ønsker og faktisk bruker på å ivareta rehabiliteringspasienters psykososiale helse.

Metode: Det ble gjennomført en kartlegging ved hjelp av elektronisk survey med 13 spørsmål, der nettskjema fra Universitetet i Oslo ble brukt. Sykepleiere fra rehabiliteringsavdelinger ved to forskjellige helsehus i en stor kommune i Norge ble rekruttert. Kartleggingen omhandler sykepleieres kjennskap til peer support, og hvor mye tid sykepleieren brukte på å prate med pasientene om ting som ikke omhandler det somatiske med pasienten.

Resultater: 11 sykepleiere besvarte surveyen. Resultatene viser at ingen av sykepleiere hadde erfaring med peer support. Ingen så det heller ikke som i stor grad hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling. Sykepleiere bruker en liten prosentandel av vekten på å prate med pasienter om temaer som ikke omhandler det somatiske med pasienten.

Konklusjon: Studien viste at sykepleierne i denne studien hadde delte meninger om bruk av peer support for å støtte rehabiliteringspasientens psykososiale helse. Flere av deltagerne følte at de ikke ivaretok pasientens psykiske helse godt nok, i form av manglende tid til å prate om temaer som ikke omhandler det somatiske med pasientene. Til tross for at sykepleier mener de bruker for lite tid på dette, mener de også at fordelene med peer support ikke er stor nok til å implementere dette på deres avdeling. Det er behov for mer forskning for å vurdere om det vil være hensiktsmessig å benytte peer support ved kommunale rehabiliteringsavdelinger for å bidra til at pasientens psykososiale behov dekkes.

Abstract

Introduction: One challenge in municipal health care is lack of care for the psychosocial health of the rehabilitation patient. The purpose of the innovation project was to investigate whether nurses think that it is a good intention to implement peer support and how much time nurses wish to and actually spend on psychosocial health of rehabilitation patients.

Method: A survey was carried out in a form of an electronic survey consisting of 13 questions, using a webform from the University of Oslo. Nurses from rehabilitation departments at two different health centers in a large municipality in Norway were recruited. The survey mapped nurses' knowledge about peer support, and how much time nurses spent talking with patients about things that did not concern the somatic health.

Results: 11 nurses answered the survey. The results showed that none of the nurses had experience with peer support. Neither did anyone consider it highly beneficial to implement peer support in their department. Nurses use a small percentage of their shift to talk with patients about topics that are not about somatic health.

Conclusion: The study showed that the nurses in this study had varying opinions about the use of peer support to support the psychosocial health of the rehabilitation patient. Several of the participants felt that they did not care for the patient's mental health well enough, lacking time to talk about topics that did not concern somatic health. Although nurses believe they spend too little time on this, they also believed that the benefit of peer support is not large enough to implement this in their department. More research is needed to assess whether it would be appropriate to use peer support at municipal rehabilitation to help meet the patient's psychosocial needs.

Introduksjon

Hvis du var en bruker av kommunale helse- og velferdstjenester, hva hadde du ønsket deg?

Dette var utgangspunktet for innovasjonscampen i 2019 som vi, sykepleierstudenter ved NTNU Trondheim, fikk i oppdrag fra Trondheim kommune om å utforske. Gruppen vår besto av seks studenter. Oppdraget handlet om hvordan Trondheims kommunale helse- og velferdstjenester kunne bli mer styrt av brukerne selv og hvordan vi kunne organisere det slik at brukerne av kommunale helse- og velferdstjenester kunne utnytte sine egne ressurser. Endringen baserte seg på et organiseringsbegrep som Danmark har introdusert, kommune 3.0. Nå har velferdssamfunnet utviklet seg videre til et fellessamfunn, der vi bestemmer sammen. I Trondheim kommunes 3.0 kommune visjon handler det om å aktivisere sivilsamfunnet, se vedlegg 1. Her skal det bygges et samarbeid i større grad mellom det offentlige, borgere, næringslivet, og frivillige organisasjoner.

Med dette som utgangspunkt startet arbeidet for å utarbeide en ny og bedre praksis som vi så et behov for (1). Erfaringen med pasienter som hadde behov for rehabilitering, var at det var vanskelig å få tildelt et opphold ved en rehabiliteringsavdeling i Trondheim kommune grunnet mangel på plasser. Dette resulterte i at flere pasienter fikk tildelt rehabiliteringsopphold på sykehjem, en arena som ikke er tilrettelagt for rehabiliteringspasienter. Vi ville utarbeide et nytt rehabiliteringssenter, som dekker flere behov enn Trondheims kommunale rehabiliteringsavdelinger gjør per dags dato. Med dette hadde vi startet på fase 1., forberedelse, i modellen for kvalitetsforbedring laget av FHI (2). Denne modellen skulle brukes gjennom arbeidet med ideen.

Planlegge, som er fase 2. i modellen, gikk blant annet ut på å kartlegge behovet og dagens praksis. Erfaringene tilsa at her var det stort potensial for forbedring (2). For å se om dette stemte tok vi kontakt med Helse og velferdskontoret i Trondheim, som har ansvaret for tildeling av kommunale tjenester i Trondheim kommune, og disse kunne bekrefte mangelen på rehabiliteringsplasser.

I 2011 kom en forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering (3).

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (3).

Enkelt fortalt sier forskriften at man må ivareta grunnleggende behov for pasienter i rehabilitering (4, s. 27). Forskriften definerer videre at i rehabilitering skal man jobbe ut ifra hvor pasienten er nå i livet og målene pasienten har. Pasienten skal altså ha stor brukermedvirkning. Kommunen er pliktig til å følge dette opp og se til at pasienter og brukere som har behov for slike tjenester får det (3). De ulike profesjonene har et tverrfaglig samarbeid, der de sammen setter mål og planlegger for å hjelpe pasienten. Pasienten skal ha stor brukermedvirkning i dette samarbeidet, slik at de alle er på lik linje (4, s. 25). Sykepleiere har en aktiv rolle som koordinator i slike samarbeid, dette er naturlig da sykepleiere har det å ivareta pasientens grunnleggende behov som teoretisk grunnlag og verdigrunnlag (4, s. 27).

Ett av aspektene med denne innovasjonsideen for rehabiliteringsavdelingen var muligheten for å snakke med en som er peer support. Det er dette aspektet som er fokusområdet for denne studien. En medstudent og jeg fra den opprinnelige studentgruppa gikk videre med ideen, for å se om det kan brukes for rehabiliteringspasienter. Peer support er et mye brukt fenomen i forskjellige aspekter inne spesialisthelsetjenester (5-6, 8-9). Peer support, er en person som har egenbaserte erfaringer fra en sykdom, tilbyr deres tid og erfaring for å kunne hjelpe andre personer som går igjennom lignende sykdomssituasjon (5). Vi så på dette som et område med behov for forbedring. Dette fordi vi hadde erfaringer med at pasientene hadde et større behov for å snakke om temaer som ikke omhandlet det somatiske, enn de fikk mulighet til under rehabiliteringsopphold. Ifølge en instrumentell casestudie som tar for seg peer support til slagpasienter, kommer det frem at den emosjonelle støtten deltagerne hadde fått hos peer supportere etter utskrivelse, ga dem håp, motivasjon og bekreftelse (6). Dette så deltagerne på som svært viktig hjelp og motivasjon for å takle den nye livssituasjonen og rehabiliteringen videre (6).

I Trondheim kommunes temaplan for frivillighetspolitikken i 2018-2021, skriver de blant annet at kommunen skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i større grad i frivillig arbeid (7). Ved å ta i bruk peer support når det nye rehabiliteringssenteret i Trondheim skal åpne, legger Trondheim kommune til rette for dette. I en kvalitativ undersøkelse med fokus på effekten av peer support ble det blant annet rapportert om at motivasjonen for peer supporterne var å kunne bidra med erfaring i en meningsfull måte til andre, at erfaringene som hadde gitt mye stress kunne brukes positivt (8). Å få muligheten til å være en peer supporter virket til å ha erstattet flere roller som forsvant eller ble svekket når de selv gikk igjennom livsendringer grunnet sykdom. Studien sier også noe om at pasienter og pårørende hadde opplevd god medisinsk behandling fra helsepersonell, men de hadde ikke oppfylt behovet pasienten hadde for å snakke om personlige bekymringer for livet videre (8). Sykepleiere som pratet om hvordan takle den nye hverdagen og utfordringene som kunne oppstå hadde mindre troverdighet enn hva de som var peer support hadde. Dette fordi peer supports egne opplevde erfaringen stilte sterkere hos

pasientene fordi peer support var et eksempel på at man kunne takle den nye hverdagen og utfordringene. (5, 8-9). Hva sykepleiere mener om bruk av peer support for å støtte rehabiliteringspasienters psykososiale helse er lite utforsket og bruk av peer support må betraktes som en innovasjon som det er nødvendig å utrede.

Problemstilling: Hva mener sykepleiere om bruk av peer support for å støtte rehabiliteringspasientens psykososiale helse?

Metode

Vi var to studenter som samarbeidet om studien. Vi ønsket å få mer informasjon om sykepleieres kjennskap til peer support, og hvor mye tid sykepleierne brukte på å prate med pasientene om ting som ikke omhandlet det somatiske med pasienten. Derfor kom vi frem til at en kartlegging ved hjelp av en survey til ansatte på rehabiliteringsavdelinger var mest nyttig (10, s. 112-13).

Spørreskjema

Spørreskjemaet besto totalt av tretten spørsmål. Det skulle være enkelt å fylle ut og ikke ta for lang tid. Spørreskjemaet ble pilotert av fem personer som anga at tidsbruk var ca. 5 minutter. Se vedlegg 2.

Spørreskjemaet besto av ett spørsmål om hvor stor stillingsprosent deltageren hadde. Så fulgte ett spørsmål om hvor mange år deltageren har jobbet innenfor rehabilitering. Videre kom fem spørsmål om de hadde kjennskap til begrepet peer support og om de eventuelt hadde noen erfaringer med dette. Skalaen som ble brukt her bestod av tre svaralternativ, ja, vet ikke, og nei. Så ble det spurt om de mente at det kunne være hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling hvis de ikke hadde dette fra før, og om pasienter ville vært villig til å delta som peer support etter endt rehabiliteringsopphold. Så fulgte to spørsmål om deltageren opplevde å ha nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse slik deltageren selv ønsket, og om implementeringen av peer support på avdelingen ville frigjøre tid i deltagerens arbeidshverdag. Skalaen som ble brukt for disse fire spørsmålene bestod av fem svaralternativ i en stigende rekkefølge: Ikke i det hele tatt, i liten grad, vet ikke, i noen grad, og i stor grad. De to siste spørsmålene omhandlet hvor mye tid deltageren brukte på å snakke med pasienten om ikke somatiske ting, og hvor mye tid de ønsket å bruke på å prate om dette. Svarskalaen bestod av fem intervall: mindre enn 15 min, 15-30 min, 30min – 1 time, 1-1,5 time og mer enn 1,5 time.

Rekruttering av utvalget

De som ble rekruttert jobbet som sykepleier på en rehabiliteringsavdeling i en stor kommune i Norge. Rekruttering var uavhengig av kjønn, alder og erfaring. Andre yrkesretninger eller tilkallingsvakter ble ekskludert fra spørreundersøkelsen. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha fast stilling.

Datasamling

Spørreskjema skulle deles ut i fysisk form, sammen med informasjonsskriv om studiet og prosjektet som vi gjør undersøkelsen til. På grunn av Covid-19-pandemien måtte vi gjøre spørreskjemaet elektronisk ved bruk av nettskjema fra Universitetet i Oslo. Avdelingslederne fikk tilsendt spørreundersøkelsen med informasjonsskriv som link, for å videresende til deres sykepleiere. Det ble sendt ut en påminnelse til avdelingslederne om å oppmuntre de ansatte til å svare.

Dataanalyse

Dataene fra spørreskjemaene ble ført inn i programmet Excel, hvor de ble analysert. Data fra undersøkelsen er fremstilt ved bruk av frekvensanalyse og deskriptiv statistikk.

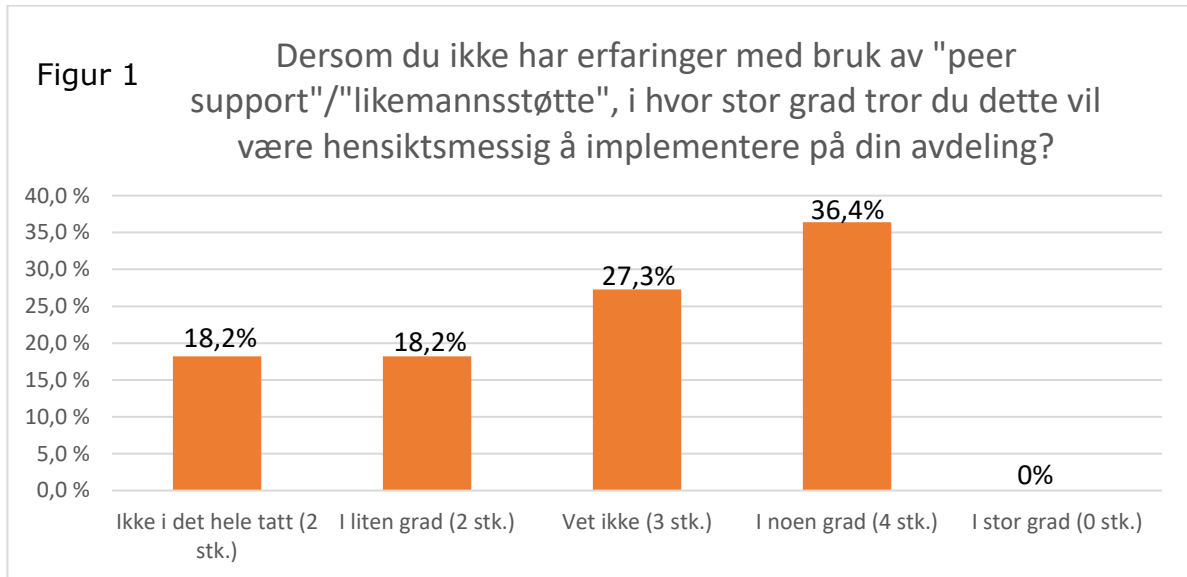
Forskningsetiske overveielser

Deltageren ble informert om studiet gjennom deres avdelingsleder. I informasjonsdelen av spørreskjemaet står det at ved å besvare undersøkelsen samtykker de til å la resultatene bli brukt i dette innovasjonsprosjektet. Se vedlegg 2. Spørsmålene var kun yrkesrelatert, slik at det ikke er mulig å gjenkjenne deltageren basert på svarene. Alle svarene er behandlet slik at deltagerne er anonyme.

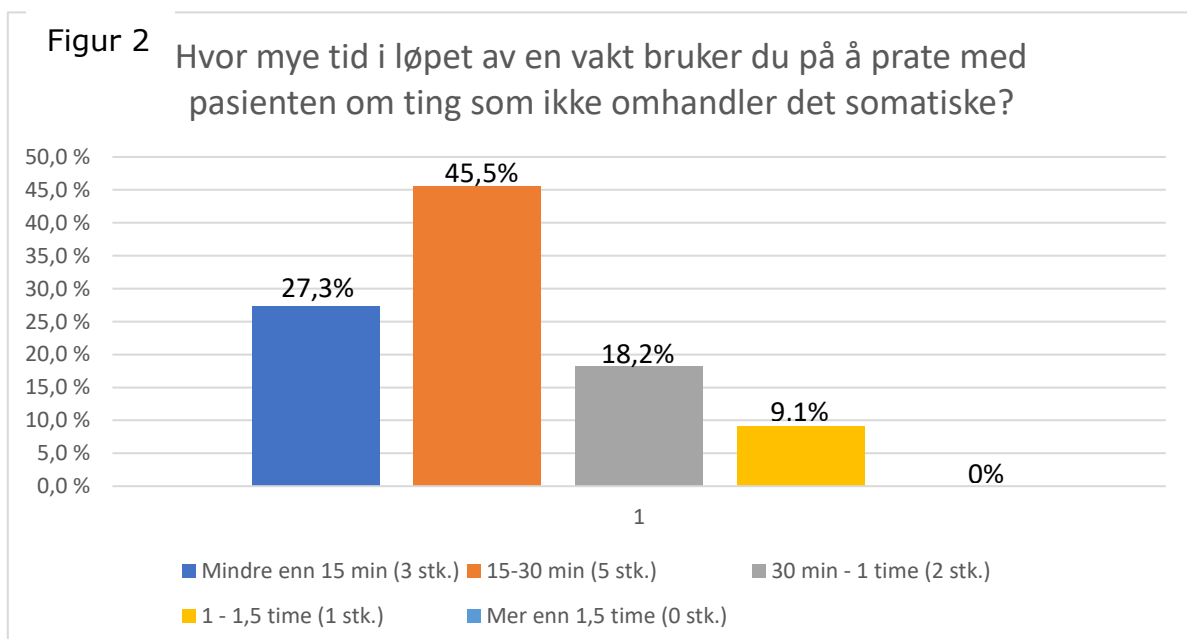
Resultat

Elleve deltagere svarte på undersøkelsen. Disse svarene representerte sykepleiere ved rehabiliteringsavdelinger ved to helsehus i en stor kommune i Norge. Alle hadde en stillingsprosent mellom 75-100%. 8 av 11 deltagere hadde jobbet mellom 5-12 år innenfor rehabilitering. De resterende tre hadde jobbet 1-2,5 år. Seks stykker var kjent med begrepet peer support/likemannsstøtte, mens de fem andre ikke var det. Ingen av deltagerne hadde erfaring med bruk av peer support.

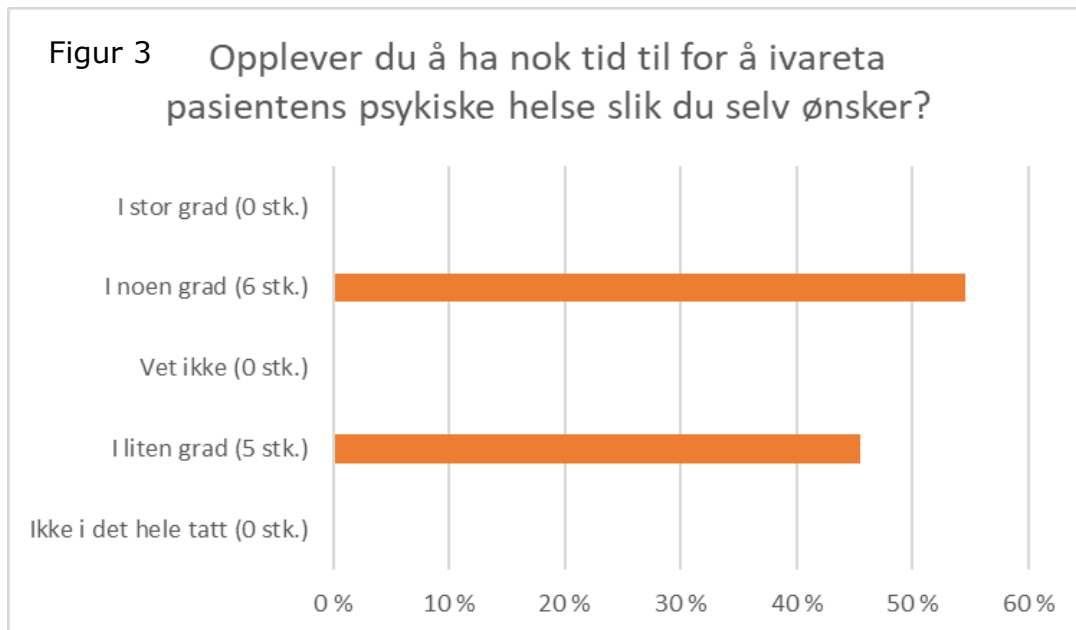
Når det gjaldt spørsmålet i hvor stor grad sykepleierne trodde dette vil være hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling, svarte fire av elleve (36,4 %) at dette i liten eller ingen grad ville vært hensiktsmessig. 36,4 % svarte at peer support kunne være hensiktsmessig i noen grad, mens ingen svarte at det er «i stor grad» hensiktsmessig å implementere dette på deres avdeling (Figur 1).



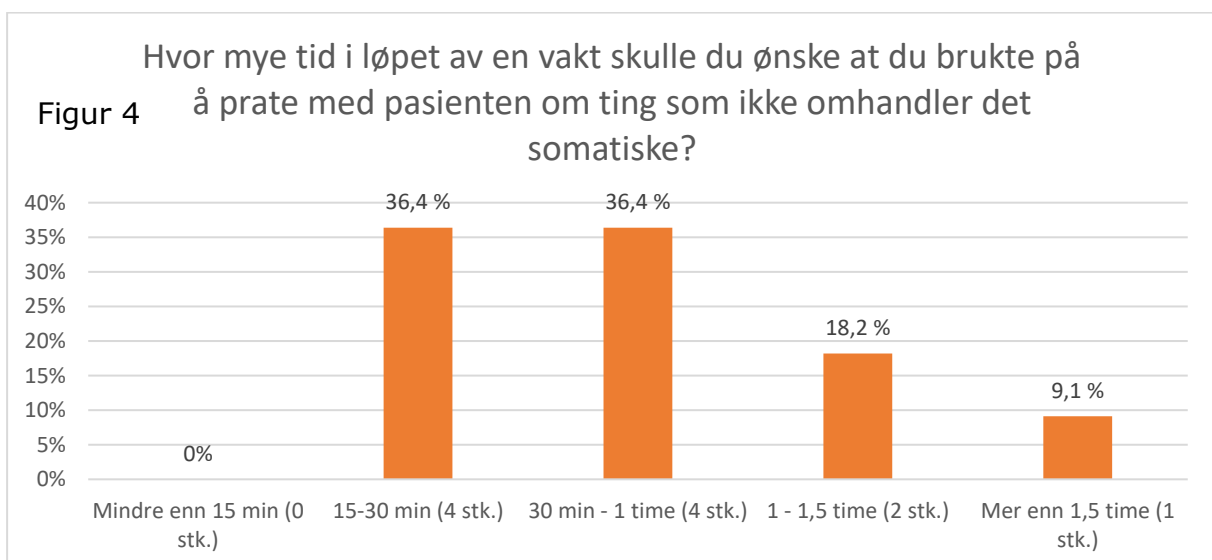
Figur 2 viser hvor mye tid sykepleierne brukte på å prate om ikke somatiske temaer med pasienten. Her svarte tre sykepleiere (27,2%) at de brukte mindre enn 15 minutter, mens fem sykepleiere (45,4%) svarte 15-30 minutter. To sykepleiere (18,1%) svarte at de bruker 30 min-1 time på å snakke om temaer som ikke omhandler det somatiske med pasienter, mens en sykepleier (9,1%) svarte 1- 1,5 time. Normalt er en vakt 7,5 timer, som tilsvarer 450 minutter. 30 minutter av en 7,5 timers vakt tilsvarer ca. 7 % av tiden.



Når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt sykepleierne opplevde å ha nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse, svarte seks av elleve sykepleiere (54,5 %) at de i noen grad opplevde dette. De resterende fem sykepleieren (45,4%) opplevde i liten grad dette (Figur 3).



Angående spørsmålet om hvor mye tid sykepleierne ønsket å bruke på å prate med pasienten om ting som ikke omhandlet det somatiske, svarte omkring 73 % at de ville bruke mellom 15min til 1 time. 27,3 % av deltagerne svarte at de ville bruke fra 1 time til mer enn 1,5 timer (Figur 4).



For å se om det var indikasjoner på en sammenheng mellom faktisk tidsbruk og opplevelsen av nok tid, satt jeg opp tabell 1. Jeg har definert lite tidsbruk som 30 minutter (7% av vakten) eller mindre tid på å prate med pasienten om temaer som ikke omhandler det somatiske med pasienten. Definisjonen av å bruke nok tid er de som svarte at de brukte mer enn 30 minutter. «Opplever nok tid» kolonnen representerer de som selv føler de bruker nok tid i noen grad. I kolonnen «opplever ikke nok tid» er de deltageren som har svart at de i liten grad bruker nok tid på å ivareta pasientens psykososiale helse.

	Opplever nok tid	Opplever ikke nok tid
Bruker lite tid	45,4%	27,3%
Bruker nok tid	18,2%	9,1%

Tabell 1.

Denne krysstabellen viser sammenhengen mellom svarene i figur 3 og 4. Det var fem deltagere som svarte at de hadde nok tid, men som faktisk brukte svært lite tid. Av de 45,5% som mente at de i liten grad hadde nok til for å ivareta pasientens psykiske helse svarte 75% av disse at de brukte mindre enn 15 minutter på å snakke med pasienten om ting som ikke omhandlet det somatiske. 15 minutter av en vakt, som normalt er 7,5 timer, tilsvarer ca. 3% av vakten. 27,3 % av deltagerne brukte ca. 3% av vakten på å prate med pasienten om temaer som ikke omhandlet det somatiske. Det var 18,2% av deltagerne som mente at de brukte og opplevde at det hadde nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hva sykepleiere mener om bruk av peer support for å støtte rehabiliteringspasienters psykososiale helse. Som en del av dette ble det sett på om deltageren mente det var hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling og hvor mye tid deltagerne brukte på å snakke med pasienten om ting som ikke omhandlet det somatiske.

Funn i studien viser at ingen av deltagerne hadde erfaring med peer support innenfor rehabilitering, mens 54,5% hadde hørt om peer support. Dette er ikke overraskende da det har vært vanskelig å finne forskning om peer support i kommunal helsetjeneste. Innenfor spesialisthelsetjenesten er dette et godt kjent begrep (5-6, 8-9). Pasienter som går igjennom livsendrende sykdom som trenger rehabilitering, om det er fra spesialist helsetjenesten eller kommunale helsetjenester, skal ha rett på den samme psykososiale støtten. Både spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten er underlagt samme lov til å ivareta blant annet psykososial helse (3). Hvordan ivaretar den kommunale helsetjenestene den psykososiale helsen til pasienter uten peer support?

45,5 % av deltagerne fra studiet opplevde i liten grad å ha nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse slik dem selv ønsket, mens 54,5% opplevde i noen grad (Figur 3). Av de 45,5% som mente at de i liten grad hadde nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse, svarte 75% av disse deltagerne at de brukte mindre enn 15 minutter på å snakke med pasienten om ting som ikke omhandlet det somatiske. Som nevnt er 15 minutter av en vakt, omtrent 3% av vekten. 27,3 % av deltagerne brukte altså bare 3% av vekten på å prate med pasienten om temaer som ikke omhandlet det somatiske. Det kan da være forståelig at pasienter kan oppleve mangel på ivaretagelse av sin psykososiale helse. Dette støttes i en studie gjort av Skirbekk et al. (8) der pasienter opplevde at helsepersonell ikke hadde tid til dem, og sjeldent satte seg ned for å prate. Pasienten opplevde at de ble godt ivaretatt når det kom til medisinsk behandling, men at det var manglende muligheter for å prate om personlige bekymringer. Denne studien tar for seg pasienter etter sykehusopphold, men trolig vil dette være overførbart til kommunehelsetjenesten (8).

Flere pasienter som uttalte seg i studien til Skirbekk et al. (8) følte at helsepersonell ikke så hele dem, men heller fokusert på diagnosen. Det kom videre frem i studien at disse pasientene ofte satt igjen med behovet for å bli sett, behovet for å få mer tid når helsepersonell var innom, samt behovet for å kunne snakke om temaer som ikke omhandlet det somatiske. Pasienten ville ofte ikke prate med familie eller nære venner om dette da de følte at sine nærmeste hadde hatt nok stress og belastning (8-9). Dette viser at det kan være mangel på ivaretagelse av den psykososiale helsen til pasienter, men kan peer support være løsning på dette eller trenger sykepleiere bare å prioritere mer tid?

Resultatene fra vår studie om hvor mye tid sykepleiere ønsket å bruke på å snakke om temaer som ikke omhandlet det somatiske til pasienter, svarte omkring 73 % av deltagerne at de ville bruke mellom 15 min til 1 time (Figur 4). En time tilsvarer 13 % av en normal vakt. Nesten tre fjerdedeler av deltagerne ville bruke 3-13 % av vekten deres til å prate med pasienter om temaer som ikke omhandlet det somatiske. 36,3 % av deltagerne svarte at de brukte like mye tid nå på å snakke om ikke somatiske temaer med pasienter som de selv ønsket å bruke (Tabell 1). Når 45,4 % av deltagerne vil bruke mindre eller samme tid som de gjør nå på å prate med pasienten for å ivareta den psykososiale helsen, er det kanskje ikke bare mangelen på tid for sykepleiere som er problemet.

Hvilke andre faktorer kan det være som spiller inn for å ivareta pasientens psykososiale helse? I studien til Keesler et al. (6) kommer det frem at helsepersonell fortalte pasienter om utfordringer som pasientene kunne møte. Pasientene følte at de manglet eksempler på hvordan man kunne løse disse utfordringene, ikke bare vite hva de måtte forberede seg på å møte av utfordringer. Sykepleiere har som oftest selv manglende praktisk kunnskap om hvordan det nye livet til rehabiliteringspasienter vil være, og hvordan man

psykisk takler denne endringen. Pasienter som har fått møte en peer supporter har opplevd en sterkere tro på en positiv fremtid (5-6, 8-9). Pasienter opplever at det er viktig med egenopplevde erfaringer når det snakkes om fremtiden til pasienten, nettopp fordi peer support personen hadde klart seg gjennom disse psykiske og fysiske utfordringene. Peer support har vært en positiv opplevelse for mange forskjellige pasientgrupper (5-6, 8-9).

Kan det være at peer support er den beste løsningen? Deltagerne i studiet virker noe uenig i dette. Når det gjeldt spørsmålet i hvor stor grad sykepleierne trodde dette vil være hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling, svarte fire av elleve (36,4 %) at dette i liten eller ingen grad ville vært hensiktsmessig. 36,4 % av deltagerne svarte at peer support kunne være hensiktsmessig i noen grad, mens ingen svarte at det «i stor grad» er hensiktsmessig å implementere dette på deres avdeling. Det er vanlig at forandring møter motstand. Ofte er endringer på arbeidsplasser forbundet med konflikter der det «nye og ukjente» møter «det gamle og trygge» (1, s. 43). Ansatte har rotfestet rutiner og væremåter som kan gjøre det vanskelig å få til endring. Vanligvis trenger ofte en virksomhet noe press for å innovere (1).

På spørsmålet om hvorfor kommunal helsetjenestene ikke har noe tilbud som peer support for å støtte den psykososiale helsen til pasientene, kan svaret også være mangel på eller motstand mot innovasjon. Flere av gruppene som tilbyr peer support innen spesialisthelsetjenesten er frivillige brukerorganisasjoner (5-6, 8). Vardesenteret tilbyr peer support i Norge for personer som har kreft, og er en privat organisasjon (11). Grunnen til at et slikt tilbudet mangler i kommunale helse- og velferdstjenester, kan være at det mangler forskning på dette området som igjen gjør at innovasjon på dette området ikke skjer. Da det er lite press fra brukere og mangel på markeds konkurranse i kommune-helsetjenesten, samt lite forskning på området kan være grunnen til at det ikke er utarbeidet en praksis som ivaretar den psykiske helsen til pasienter bedre (1).

Lite penger i kommunen kan også være grunnen til at ikke er gjort mer forskning på dette området. Rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet (1) om innovasjon i omsorg trekker frem at det er et større behov for mer innovasjon direkte i selve tjenesten og ikke bare på et administrativt plan. Peer support er ment å være et frivillig tilbud til pasienter der personer som har gjennomgått rehabilitering kan komme tilbake for å være peer supporter. Dette er som tidligere nevnt i tråd med Trondheim kommunes 3.0 sin visjon, der borgere skal bidra mer til fellesskapet (vedlegg 1).

Tidligere forskning viser at involvering gir stor verdi også for de som er peer support, disse personene er da borgere som bidrar med sine erfaringer til fellesskapet (5-6,8-9). Ved å bruke frivillige borgere vil behovet for økonomiske midler være betraktelig mindre, noe som gjør dette gjennomførbart også for kommunesektoren.

Trondheim 3.0 sin visjon trekker frem at hjelp fra samfunnet er viktig for å kunne opprettholde velferdssamfunnet etter fremtidige behov. Dette fordi det vil bli en utfordring når velferdsstaten når sine «praktiske og finansielle grenser» i de kommende årene, da den delen av befolkningen som er yrkesaktive vil reduseres og andelen eldre vil øke (vedlegg 1., 1). Med tjenester som benytter peer support er de som er pensjonister like verdifulle å bruke, og en like stor ressurs som alle andre. Pensjonister som har gjennomgått sykdom kan komme tilbake og være en ressurs. Resultatene fra studiet til Badger og Royse (5) viser også at ved å hjelpe andre som peer support følte peer support at det hjalp dem selv. Dette støttet funnene fra Skirbekk et al. (8) som viser at personer som hadde opplevde sykdom følte det var viktig å kunne bruke den erfaringen til noe bra. Pasientene fra denne studien fortalte videre at det å føle seg nyttig var viktig for å kompensere for de endrede rollene som personen nå hadde. Det å kunne være en ressurs som peer support, og ikke en belastning for samfunnet var viktig nå som personen ikke kunne være like aktiv i familieliv og jobb (8).

Studiets styrker og svakheter.

Denne studiens styrke er at den har høy gyldighet og pålitelighet. Gyldighet i denne studien er styrket av at det har vært en grundig prosess på forhånd som startet høsten 2019, der det ble sett på blant annet allerede eksisterende forskning. Videre ble surveyen pilottestet av fire medstudenter og en veileder. De som ble rekruttert var ansatte på rehabiliteringsavdelinger, så de hadde relevant rehabiliteringserfaring. I tillegg var deltagerne rekruttert fra to forskjellige helsehus, noe som styrker påliteligheten (10, s. 120-21).

Ved å bruke kvantitativ spørreundersøkelse, har vi ingen garanti for at deltagerne har forstått hva peer support er (10, s. 112-13). Dette er en svakhet i studien. Vi fikk heller ikke stilt oppfølgingsspørsmål, som hvorfor de ikke trodde at å implementere peer support på deres avdeling ville være fordelaktig og hva de som hadde hørt om peer support, hadde av oppfatning av peer support. Slike oppfølgingsspørsmål kunne gitt oss en bedre forståelse for hvordan vi kan gjennomføre implementering av peer support på rehabiliteringsavdelinger.

Undersøkelsen ble kun gjennomført av elleve sykepleiere, da vi ikke fikk rekruttert flere i løpet av den tiden vi hadde til rådighet. Dette gjør at resultatene ikke nødvendigvis er representativ for hva sykepleiere innenfor rehabilitering mener generelt. Det kan likevel gi en indikasjon på hva helsepersonells oppfatning av peer support for å gi psykososial helse. En annen svakhet med studiet er at det ble gjennomført under de første ukene med Covid-19 i Norge og det var restriksjoner for gjennomføringen besluttet av NTNU (<https://www.ntnu.no/korona>). I de første ukene lagde begge rehabiliteringsavdelingene beredskapsplaner for evakuering av pasienter så fort

som mulig fordi det kunne bli behov for å ta inn pasienter fra sykehuset som fortsatt trengte noe hjelp og måtte komme til dem før de kunne reise hjem. Man kan derfor anta at det var en hektisk tid på de avdelingene, der kartlegging av pasientens behov videre var i fokus. Dette kan igjen ha påvirket undersøkelsen på den måten at deltagerne ikke tok seg ordentlig tid til å lese gjennom forklaringen på hva peer support er, og var for raske når de svarte på spørsmålene. En annen svakhet med studiet er at den bare er gjennomført i en stor kommune og ikke nasjonalt. Overføringsverdien til andre kommuner er derfor mindre.

Konklusjon

Sykepleierne i denne studien hadde delte meninger om bruk av peer support for å støtte rehabiliteringspasientens psykososiale helse. Flere av deltagerne følte at de ikke ivaretok pasientens psykiske helse godt nok i form av manglende tid til å prate om temaer som ikke omhandlet det somatiske med pasientene. Pasienter fra andre studier følte de hadde mer behov for psykososial støtte enn de fikk hos helsepersonellet. Til tross for at sykepleier mener de bruker for lite tid på dette, mener de også at fordelene med peer support ikke er stor nok til å implementere dette på deres avdeling. Dette kan være av flere grunner, men det ligger utenfor denne studien.

På dette temaet trengs det mer forskning, da psykososial helse er viktig. Sykepleieres grunnverdier omfatter blant annet psykososial helse, men når mange føler de ikke strekker til er det mulig at innovasjon er nødvendig for å dekke dette problemet. Funnene viser at det er et større behov for å ivareta den psykiske helsen, og innovasjon i form av peer support kan være ett av svarene på dette. Vi kan likevel ikke konkludere med at peer support er det best alternativet da det ikke er mer forskning på området.

Innovasjon er vanskelig å gjennomføre da endring ofte møter mye motstand. Om dette er grunnen til at fire av elleve (36,4 %) svarte at dette i liten eller ingen grad ville vært hensiktsmessig vet vi ikke. Videre ser det ut som at det er behov for forskning på om rehabiliteringspasienter i kommunale helsetjenester har behov for å få ivaretatt deres psykososiale helse bedre og om sykepleiere føler at de får og har den tiden de ønsker på å snakke med pasienter om temaer som ikke omhandler det somatiske med pasienten. Kanskje kan peer support være en hjelpende hånd for at sykepleiere skal kunne ivareta den psykososiale helsen til rehabiliteringspasienter bedre.

Kandidat nr.:	10015
Emnekode/emnenavn:	HSYK3003
Dato:	03.06.2020

Til Sensor

Dysleksi/lese- og skrivevansker

Vi gjør oppmerksom på at eksamenskandidaten har dokumentert dysleksi/lese- og skrivevansker. Vi ber derfor om at det ikke legges vekt på rettskriving ved sensurering av besvarelsen.

Med vennlig hilsen

Studieavdelingen
NTNU

Til sensor

Vedlegg til eksamensbesvarelse fra studenter med dysleksi

Trondheim, september 2016

Studenter med dysleksi

Studenter med dysleksi har utfordringer med lesing og skriving. Noen har større vansker med skriving og staving enn med lesing og noen har størst vansker med lesing. De fleste har vansker med både lesing og skriving/staving.

Studenter med dysleksi har normalt gode generelle evner, men de har vansker med å bearbeide språklydene, slik som å huske hvilke lyder som tilhører bokstavtegnene, lytte ut lyder i ord, trekke lyder sammen til ord, stave ord rett. Dette til tross for at de har hatt tilstrekkelig opplæring. Det er den tekniske siden av leseprosessen de har vansker med, dvs selve avkodningen. De er også ofte usikre på staving, tegnsetting og setningskonstruksjon.

Karakteristiske trekk er lavt lesetempo og feillesing av ord. Dette fører til vansker med å komme gjennom hele pensum, samt fare for misforståelser av eksamensoppgaver. Den skriftlige produksjonen kan være preget av mange rettskrivingsfeil, og ofte også vansker med tegnsetting og setningsformulering. De bruker så mye energi på å prøve å skrive riktigst mulig og de unngår ord de er usikre på, slik at det går ut over evnen til å formidle den kunnskapen de har. Lese- og skriveprosessen er ikke automatisert i tilstrekkelig grad. De bruker derfor lengre tid på å få vist hva de kan.

Forskning og erfaring har vist at med nødvendig tilrettelegging har studenter med dysleksi de samme mulighetene som andre studenter til å få vist sin kompetanse. Tilretteleggingen vil være individuelt tilpasset.

Disse vanskene øker under press så til tross for kompensere tiltak vil ofte sluttproduktet være preget av lese-skrivevanskene.

Trine Lise Dahl

Trine Lise Dahl, logoped MNLL, M.A., Cand.ed.

- Kilder:
- Dysleksiprojektet (1996), Institutt for spesialpedagogikk, UiO, v/ Helge Strømsø, prosjektleder
 - Dysleksi Norge (18.08.2016):
http://www.dysleksiforbundet.no/no/rettigheter+rad/dysleksi/Hva+kjennetegner+dysleksi%3F.b7C_wtFM07.ips
 - Statped (18.08.2016):
<http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/sprak-og-tale/dysleksi/dysleksi-og-tilrettelegging-ved-eksamen/>

Referanseliste

1. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
2. Helsebiblioteket [Internett]. Oslo: FHI; 2015. Modell for kvalitetsforbedring [hentet 22. mai 2020]; s. 1. Tilgjengelig fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
3. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
4. Romsland GI, Dahl B, Slettebø Å. Sykepleie og rehabilitering. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2015. s. 25-7.
5. Badger K, Royse D. Adult Burn Survivors' Views of peer support: A Qualitative study. *Social Work in Health Care*. 2010;49(4): 299-313.
6. Keesler D, Egan M, Kubina L-A. Peer support for stroke survivors: a case study. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):256.
7. Temaplan for Trondheim kommunes frivillighetspolitikk 2018-2021. Trondheim: Trondheim kommune;2017 [hentet dato 23. april 2020] Tilgjengelig fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/07-kultur-og-naring/frivillighet/temaplan-tk-frivillighetspolitikk-18-21-6-3.pdf>
8. Skirbekk H, Korsvold L, Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Education and Conseling* 101. 2018;101(4):711-16.
9. Ono M, Tsuyumu Y, Ota H, Okamoto R. Subjectiv evaluation of e peer support program by women with breastcancer: A Qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2017;14:38-48.
10. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
11. Vardesenteret St. Olav hospital [Internett] Oslo: Kreftforeningen; 2020 [hentet 21. april 2020]. Tilgjengelig fra <https://kreftforeningen.no/vardesenteret/sentersider/st-olavs-hospital-vardesenteret/>

Vedlegg

Vedlegg 1.

Skriftlig oppgave fra Trondheim kommune for innovasjonscamp sykepleiestudenter NTNU august 2019

Vi er i en tid med store samfunnsendringer. Vårt stadig økende kunnskapsnivå og den store tekniske utviklingen leder vårt samfunn veier vi aldri har gått før. Kravene til oss innbyggere øker tilsvarende, og vi er vant til å tenke at vi har rett på offentlige tjenester på en måte som gjør oss til kunder i systemet. Den gamle måten å tenke rundt begrepene demokrati og velferdssamfunn er ikke holdbare lengre. I Norge, men også andre plasser i verden, ser vi at valgdeltakelsen blir mindre, og er særlig lav ved kommunestyrevalg. Dette er en utfordring for legitimiteten av selve styringsorganene. Velferdssamfunnet når sine praktiske og finansielle grenser de neste årene fordi den yrkesaktive befolkningen minker og den eldre befolkningen øker. Denne samfunnsutviklingen gjør at kommunene i Norge, men også i andre land i Europa, tenker at vi er nødt til å endre den måten vi organiserer samfunnet vårt på.

I Danmark har de introdusert begrepet "kommune 3.0" for denne nye organiseringen.



Begrepet blir brukt som betegnelse på at vi kommer fra et servicesamfunn, kommune 2.0, og skal til et fellesskapssamfunn, kommune 3.0. Dette kalles også for "participative government" eller "participatory governance" og er et kjent begrep innen forskning om offentlig organisering. I kommune 3.0 handler det om å aktivere sivilsamfunnet. Ordet borger kommer tilbake. Borger i den forstand av en som både har rettigheter og plikter (utover skattebidrag) overfor samfunnet. Og innen kommune 3.0 handler det om å designe sammen, å handle sammen og å produsere sammen. Det offentlige jobber sammen med borgere, næringslivet, og frivillige organisasjoner.

Innen denne konteksten har vi lyst å gi dere som er med på innovasjonscamp en oppgave. Oppgaven handler om hvordan våre kommunale helse- og velferdstjenester kan bli mer styrt av brukerne selv og hvordan vi organiserer det slik at brukerne og pårørende kan utnytte sine egne ressurser. Spørsmålene til dere er:

- Hva hvis du var en bruker, hva hadde du ønsket deg?
- Hva hvis du var en pårørende for en bruker, hva hadde du ønsket deg?

Dere kan velge hvilke kommunale helse- og velferdstjenester dere har lyst å fokusere på. Dere har erfaring fra forskjellige enheter og tjenester, og det er lurt å ta med den erfaringen dere har fra praksis eller sommer/helgejobb, eller de erfaringene dere selv har som pårørende eller bruker av kommunale helsetjenester. Dere kan også velge fritt om dere har lyst å fokusere på ett av spørsmålene vi har stilt, eller om dere har lyst å jobbe med begge samtidig.

Vedlegg 2.

Introduksjon til spørreskjema:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt basert på vårt innovasjonsprosjekt knyttet til rehabilitering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål/hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet

Vi er to sykepleierstudenter som går 3. året på NTNU, og i forbindelse med vår bacheloroppgave skal vi skrive om rehabiliteringstilbudet i Trondheim kommune. Vi vet at mange vil ha eller har hatt et behov for rehabilitering i løpet av livet sitt. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre at pasienten kommer tilbake og deltar i samfunnet. Oppgaven vil ta utgangspunkt i et innovasjonsprosjekt vi har hatt hvor vi utarbeidet et forslag til en omorganisering av det aktuelle rehabiliteringstilbudet i Trondheim kommune. Vi hadde fokus på mange ulike faktorer innenfor dette, som bl.a. inkluderte utvikling av dagtilbud med mestringskurs, fokus på spesielle pasientgrupper som er mer utfordrende å tilby passende plasser til (ifølge samtale med HVK), samt fordeler/ulempes ved implementering av frivillige. Denne spørreundersøkelsen vil derfor brukes for å kunne drøfte videre hvorvidt dette kunne vært et attraktivt forslag, og dermed belyse fordeler og ulemper med det.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Spørreskjemaet leveres kun til dere som er **ansatt som sykepleiere med fast stillingsprosent** på Søbstad helsehus og Nidarvoll helsehus sine rehabiliteringsavdelinger. Det vil være tilgjengelig i perioden fra 16.03.20 til 20.03.20, og dine svar vil være anonyme. Den tar ca. 5 minutter å svare på, og vil være til utrolig hjelp for å se behovet for, og hvordan en kan gå frem for å optimalisere rehabiliteringstilbudene i fremtiden. Ved å svare på denne spørreundersøkelsen gir du ditt samtykke til at vi vil kunne bruke dataene i utformingen av våre bacheloroppgaver.

Hva vil vi finne ut av?

1. Hvor stor stillingsprosent har du nå?

0-49%	50-74%	75-100%
-------	--------	---------

2. Hvor mange år har du jobbet innenfor rehabilitering?
Kan også inkludere erfaring ved andre rehabiliteringsinstitusjoner enn den du jobber på nå. Svar med kun et tall

3. Er du kjent med begrepet "peer support"/"likemannsstøtte"?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

4. Har du noen erfaring med bruk av "peer support"?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

5. Hvis du har erfaring med bruk av dette:

6. I hvor stor grad opplever du at dette kan påvirke pasienten positivt?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

7. I hvor stor grad opplever du at dette kan påvirke pasienten negativt?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

“Peer support”/“likemannsstøtte” er et begrep som er brukt hvor pasienter tilbyr og mottar hjelp basert på delt forståelse, respekt og gjensidig myndiggjøring mellom personer i like situasjoner. Tidligere pasienter settes i en posisjon til å dele sine erfaringer og opplevelser med pasienter som gjennomfører rehabiliteringen sin mens de er inneliggende.

8. Dersom du ikke har erfaringer med bruk av “peer support”, i hvor stor grad tror du dette vil være hensiktsmessig å implementere på din avdeling?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

9. Tror du noen av deres pasienter vil være interessert i å delta som “peer support” hos dere etter endt rehabilitering?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

10. Opplever du å ha nok tid for å ivareta pasientens psykiske helse slik du selv ønsker?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

11. Tror du at å bruke likemannsstøtte til å aktivisere pasientene vil frigjøre tid i din arbeidshverdag?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

12. Hvor mye tid i løpet av en vakt bruker du på å prata med pasienten om ting som ikke omhandler det somatisk ved pasienten?

Mindre enn 15 min	15-30 min	30 min - 1 time	1 time- 1,5 timer	Mer enn 1,5 timer
-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------------

13. Hvor mye tid i løpet av en vakt skulle du ønske at du brukte på å prata med pasienten om ting som ikke omhandler det somatisk ved pasienten?

Mindre enn 15 min	15-30 min	30 min - 1 time	1 time- 1,5 timer	Mer enn 1,5 timer
-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------------