



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet - Institutt for helse- og omsorgsfag

Samarbeid rundt oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse i primærhelsetjenesten

- En kvalitativ fokusgruppeintervjustudie

Marte Hykkerud Klevstad, kandidatnummer 5

Masteroppgave i Helsefag – Studieretning psykisk helse HEL-3902 – november 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Personer med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon har høyere morbiditets- og mortalitetsrate, enn befolkningen ellers. Dette skyldes delvis en dramatisk økt risiko for kardiometabolsk sykdom. Kunnskapsgrunnlaget om risikofaktorer er kompleks, men ikke fullstendig. Selv om mange risikofaktorer er kartlagte, er ikke overdødeligheten redusert. Samarbeid mellom helsepersonell i primærhelsetjenesten rundt denne brukergruppen er i ulike studier beskrevet med et forbedringspotensial.

Hensikt: Studien skulle nærmere undersøke hvordan primærhelsetjenesten samhandler rundt ivaretagelse av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Spesielt skulle det kartlegges hemmende og fremmende faktorer, samt forbedringspotensialet for samarbeidet.

Metode: Studien tilnærmet seg problemstillingen kvalitativt via helsepersonell i to rurale kommuner i Nord-Norge. Det ble gjennomført en sekvens med to fokusgruppeintervjuer i hver av kommunene. Et strategisk utvalg av helsepersonell om arbeider med mennesker med alvorlig psykisk lidelse fra ulike kommunale tjenester ble invitert gjennom lederne til å delta i studien. Første fokusgruppe gjaldt kartlegging av samarbeidsmåter og utfordringer. Andre møte med samme deltakerne hadde hensikt å validere funnene av den første og supplere forbedringspotensial. Dataene ble analysert gjennom en stegvis-deduktiv induktiv metode.

Resultat: Til sammen 9 deltakere fra primærhelsetjenesten; fastlegetjenesten, fysioterapitjenesten, hjemmetjenesten og psykisk helse- og rustjenesten deltok i fokusgruppene. Samarbeidsrelaterte utfordringer ble strukturert i fem kategorier: Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling, rutiner og systemer, rolleavklaring, oppmerksomhet på somatisk helse, brukerperspektivet i samarbeidet. Funnene ble bekreftet av deltakerne som også supplerte forslag for ulike tiltak rettet mot enkelte utfordringer hvilke ble plassert i samme kategoriene.

Konklusjon: Samarbeid i primærhelsetjenestene rundt den somatiske helsen til alvorlig psykisk syke mennesker er preget av mye tilfeldighet, usikkerhet og et manglende fokus på brukeren som aktiv part i omsorgen. Årsakssammenhengene av målgruppenes høye somatiske helserisiko er komplekse og behøver et metaperspektiv på samarbeid.

Nøkkelord: Fokusgrupper, Bipolar lidelse, Schizofreni, Relasjoner mellom yrkesgrupper, Metabolsk syndrom

Abstract

Background: Serious mental health disease like schizophrenia, bipolar disorder, or depression is associated with higher morbidity and mortality compared to general population, partly due to a dramatically increased risk for cardiometabolic disease. Evidence on risk factors this group is exposed to is complex but not conclusive. Mapping of many factors did not yet lead to development of effective interventions. Cooperation between municipal health care services in caring for this user group has in several studies been described as suboptimal.

Aim: The current study aimed at investigating cooperation amongst municipal healthcare providers (HCP) in their duty to preserve somatic health of persons with serious mental health disease.

Methods: The study used a qualitative approach via HCP in two rural communes in North Norway. Two consecutive focus group meetings (FGM) were held in each commune. Following a strategic sampling matrix, participants were recruited through invitations addressed to their leaders. While the first FGM aimed to map challenges, the second was meant to validate the findings from the first and collect suggestions to resolve them.

Results: In total, 9 municipal HCP from GPs, physical therapy, home care, and mental health service participated. Findings related to challenges in cooperation between services and HCP were structured within 5 categories: Settings of cooperation information sharing, routines and systems, role clarification, attention to somatic health, user involvement. In the second FGM participants agreed with findings from the first and added suggestions addressed to single challenges, allocable in the same set of categories.

Conclusions: Cooperation amongst municipal healthcare of seriously mental ill persons is characterized by coincidence, uncertainty and lacking focus on the user as an active party in health care. Causality regarding the particular high risk of somatic illness is complex implying a need for a meta perspective approach to cooperation of health services.

Keywords: Focus Groups, Bipolar Disorder, Schizophrenia, Interprofessional Relations, cardio metabolic disease

Forord

Som mange før meg har konstatert er masteroppgavearbeidet en langvarig prosess. For min del ble den ekstra lang. Da koronapandemien rammet også oss i vår, ble det behov for å bidra med min kompetanse i å begrense smittespredning og forberede helsevesenet på en ny og skremmende utfordring. På det tidspunktet var det viktigere å bidra for samfunnets sikkerhet, fremfor å ferdigstille masteroppgaven. Heldigvis ble det ikke som vi fryktet i vår, smittespredningen kom under kontroll, og det ga mulighet til å fortsette med masteroppgavearbeidet. Det har vært en lang prosess, men også en veldig spennende og lærerik prosess, gjennom lesing av utallige artikler og kapitler, intervjuer, transkribering, analyser, skriving, omskriving og diskusjoner. Det har vært fint å kunne fordype meg i et tema som engasjerer meg. Jeg tenker at det er av stor betydning at vi setter søkelys på det store gapet i levealder hos personer med alvorlige psykiske lidelser som er grunnet sykdommer og plager som kan forebygges.

Først og fremst vil jeg takke dem som har stilt opp som deltakere i min studie; uten at dere hadde delt deres opplevelser og erfaringer ville ikke dette vært mulig. Dette har vært til nytte for at det tverrfaglige samarbeidet kan utvikles og at vi sammen kan gjøre grep for å bedre den somatiske helsen til mennesker med alvorlig psykiske lidelser.

Det har vært krevende å gjennomføre en videreutdanning og masteroppgave ved siden av full jobb, men det har heldigvis gått bra, og for det er det mange som fortjener en takk. Takk til en støttende arbeidsgiver som har etterspurt kompetanse og til mine forståelsesfulle kollegaer. Takk til Ann-Kristin som har gjennom sitt eget masterarbeid kunne fulgt meg i min prosess. En takk skal også mine medstudenter og lærere ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet ha for mange gode faglige diskusjoner. Takk til komoderator Rita Solbakken som var til stede under nervepirrende intervjuer. Tusen takk til veileder Jürgen Kasper med sin store tålmodighet, konstruktive og raske tilbakemeldinger og god veiledning underveis. Tusen takk til min familie og mine venner som har vært støttende, forståelsesfulle, heiende, som har stilt opp med middager, korrekturlesning, motivasjon og mye mer. Det hadde ikke vært gjennomførbart uten dere.

Steinfjorden, 02.11.2020

Marte Hykkerud Klevstad

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrepsavklaringer og avgrensninger	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	2
2	Litteratursøk og presentasjon av tidligere forskning.....	5
3	Sentrale teoretiske perspektiv.....	7
3.1	Alvorlig psykiske lidelser.....	7
3.2	Kardiometabolske risikofaktorer	9
3.2.1	Røyking	10
3.2.2	Fysisk aktivitet, overvekt og kosthold.....	10
3.2.3	Kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse	11
3.3	Helsefremming og sykdomsforebygging.....	13
3.4	Tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid.....	14
3.4.1	Fag og faglighet.....	14
3.4.2	Tverrfaglig samarbeid	14
3.4.3	Ulike teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid.....	16
3.5	Rammeverk for tverrfaglig samarbeid.....	18
3.5.1	Lovverk og forskrifter	18
3.5.2	Nasjonale strategier og historisk tilbakeblikk	19
3.5.3	Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.....	20
3.6	Brukerperspektivet.....	20

4	Metode.....	22
4.1	Forskningsdesign	23
4.1.1	Utvalg, rekruttering og tilgang til feltet	23
4.1.2	Valg av datainnsamlingsmetode.....	25
4.2	Forskning i eget felt	27
4.3	Forberedelser til fokusgruppeintervju	28
4.4	Godkjenning av studien	28
4.5	Gjennomføring av datainnsamlingen.....	29
4.6	Forberedelse av analyse.....	30
4.7	Valg av analysemetode og analyseprosessen	31
4.8	Metodiske og forskningsetiske betraktninger.....	36
4.8.1	Metodekritikk	36
4.8.2	Forskningsetiske overveielser	37
5	Diskusjon av hovedfunn i lys av relevant teori og empiri.....	38
5.1	Styrker og begrensninger ved studien	38
5.2	Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling	39
5.3	Rutiner og systemer	39
5.4	Rolleavklaring	40
5.5	Oppmerksomhet på somatisk helse	40
5.6	Brukerperspektivet i samarbeidet	41
5.7	De ulike konseptene sett i sammenheng.....	42

5.8	Mulige implikasjoner for praksis og videre forskning	43
6	Avsluttende kommentarer	43
	Referanseliste	i
	Vedlegg 1: Søkestrategier	1
	Vedlegg 2: Informasjons- og forespørselsbrev til kommunalsjefer.....	1
	Vedlegg 3: Informasjonsbrev og samtykkeskjema.....	1
	Vedlegg 4: Intervjuguide.....	1
	Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata	1
	Vedlegg 6: Forfatterveiledning – Sykepleien Forskning	1
	Vedlegg 7: Artikkel	
	Artikkelvedlegg 1: Tabell over resultater	
	Artikkelvedlegg 2: Brev til redaktør i Sykepleien Forskning	

Tabell- og figurliste

Tabell 1: Eksempler fra analysen ved bruk av SDI-metoden.....	35
Figur 1: Tjora (2017, side 19). Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI)	33

1 Innledning

Denne studien handler om hvordan helsepersonell i primærhelsetjenesten beskriver sitt samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse til personer med alvorlig psykiske lidelser. Det har blitt gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med helsepersonell, to intervjuer med samme fokusgruppe i en kommune, og to i en annen kommune.

Denne masteroppgaven består av ett innledende kapittel og en vitenskapelig artikkel. Hensikten med dette innledende kapittelet, eller kappen, er å gi leseren en bedre innsikt i studiens bakgrunn, metodiske overveielser og drøfting av resultatene i lys av relevant teori, og på den måten utfylle og supplere den vitenskapelige artikkelen. Det anbefales å lese den vitenskapelige artikkelen i forkant av dette kapittelet, da resultatene vil bli presentert i artikkelen. Artikkelen er skrevet for å imøtekomme kravene til Sykepleien forskning.

I denne kappen vil jeg først beskrive bakgrunnen for studien, problemstillingen og hvordan studien kan bidra til kunnskapsgrunnlaget som finnes om samarbeidet rundt den fysiske helsen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Videre vil jeg beskrive den metodiske fremgangsmåten og overveielser knyttet til metode. Deretter følger aktuell forskning og teori knyttet til tverrfaglig samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse hos denne pasientgruppen. Flere relevante studier er presentert i artikkelen. Avslutningsvis vil jeg drøfte resultatene i lys av relevant teori og empiri, og peke på implikasjoner for praksis og videre forskning. Vedlagt foreligger litteratursøkets strategi, informasjonsskriv og samtykkeskjema, intervjuguide, søknad til og godkjennelse fra Norsk senter for datasikkerhet, samt forfatterveiledningen til Sykepleien forskning. Til sist foreligger artikkelen og dens vedlegg.

1.1 Begrepsavklaringer og avgrensninger

Alvorlige psykiske lidelser er et upresist begrep, som kan inkludere flere psykiske lidelser (Malt, 2018, s. 17). Med alvorlige psykiske lidelser menes her lidelser som psykoselidelser (schizofreni), bipolare lidelser og alvorlig depresjon, med eller uten rusmiddellidelser i tillegg. På engelsk benyttes begrepet Severe mental illness (SMI) (World Health Organization, 2017). En kjent definisjon inkluderer varighet over to år og betydelig funksjonsnedsettelse (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). Ved fokus på somatisk helse vektlegges **kardiometabolske risikofaktorer** som:

«røyking, inaktiv livsstil, uheldig kosthold, forhøyet blodtrykk, forhøyet blodsukker/diabetes type II, forhøyet kolesterol/dyslipidemi, overvekt/fedme» (Helsedirektoratet, 2018a).

Kardiovaskulære risikofaktorer inkluderes i kunnskapsgrunnlaget, da de delvis overlapper kardiometabolske risikofaktorer. Med **primærhelsetjenesten** eller kommunehelsetjenesten menes her avdelinger som arbeider med mennesker med alvorlige psykiske lidelser og oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer: fysioterapitjenesten, allmennlegetjenesten, hjemmetjenesten og psykisk helse og rustjenesten. **Samarbeid** er et vidt begrep, i denne sammenheng menes tverrfaglig- og tverrsektorielt (tverretattlig) samarbeid mellom ulike profesjoner og instanser innad i primærhelsetjenesten.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Verdens helseorganisasjons definisjon på helse er omdiskutert, men det er konsensus om at helse som begrep inkluderer både fysisk og mental eller psykisk helse (World Health Organization, 1946). Både nasjonalt og internasjonalt har det vært fokus på å integrere og likestille psykiske og somatiske helsetjenester, blant annet i Verdens helseorganisasjons plan for psykiske helsetjenester fra 2013-2020 (World Health Organization, 2015). Det har spesielt vært søkelys på den fysiske helsen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har psykoselidelser som eksempelvis schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon, da de statistisk sett har økt risiko for sykelighet, økt dødelighet og tapte leveår sammenlignet med befolkningen for øvrig (Cuijpers et al., 2014; Hayes et al., 2017; Nordentoft et al., 2013; Saha, Chant & McGrath, 2007; Wahlbeck et al., 2011).

Personer med alvorlig psykisk lidelse har risiko for død, to til fire ganger så høy som befolkningen for øvrig når man bruker standardisert mortalitetsrate (SMR) (Lomholt et al., 2019; Wahlbeck et al., 2011). Personer med schizofreni eller bipolar lidelse har forventet levealder 10-20 år kortere enn befolkningen for øvrig, viser flere internasjonale studier fra høyinntektsland (Hjorthøj et al., 2017; Laursen et al., 2013; Lawrence, Hancock & Kisely, 2013). En norsk studie fra 2018 viser også økt dødelighet for personer med schizofreni (med eller uten rusmiddellidelse) nærmere fem ganger befolkningen for øvrig, noe som er tall høyere enn internasjonale studier og studier fra Norden (Heiberg et al., 2018). Studien viser også at eksempelvis at menn med både schizofreni og rusmiddellidelse hadde forventet

levealder på ca. 45 år (Heiberg et al., 2018). I 2020 er forventet levealder for menn i Norge i gjennomsnitt ca. 81 år (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2020).

Personer med alvorlig psykiske lidelser dør tidligere både på grunn av naturlige og unaturlige årsaker. En studie av dødsårsaker hos personer med schizofreni sammenlignet med befolkningen for øvrig viste økt dødelighet hos personer med schizofreni ved alle dødsårsaker (Saha, Chant & McGrath, 2007). Økt dødelighet grunnet selvmord er dokumentert hos personer med alvorlig psykiske lidelser (Nordentoft et al., 2013). I tillegg er somatiske lidelser en kjent årsak til økt dødelighet og tap av friske leveår (Crump et al., 2013; Fekadu et al., 2015; Laursen, 2011). I en australsk studie ble 77,7 % av overdødelighet blant personer med psykiske lidelser tilskrevet somatiske helseforhold, kardiovaskulær sykdom 29,0 % av dette. Kreft utgjorde 13,5 % av dødsfallene og selvmord 13,9 % (Lawrence, Hancock & Kisely, 2013). Kardiovaskulære sykdommer som slag, hjerteinfarkt, hypertensjon, andre kardielle- og vaskulære sykdommer, samt metabolske sykdommer som fedme, diabetes mellitus, metabolsk syndrom og høyt kolesterol har personer med alvorlige psykiske lidelser spesielt høy risiko for å få (De Hert et al., 2011). En norsk studie gjort ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten gjort på personer med psykoselidelser viste at pasienten hadde høy kardiometabolsk risiko (Ringen et al., 2018b).

En studie av Laursen et al. (2009) viser at personer med schizofreni og hjerte- og karlidelser ble underbehandlet for sine somatiske helseplager. Studier viser blant annet at de blir underbehandlet medikamentelt ved hjerte-karlidelser (Woodhead et al., 2016). Det er også dokumentert at personer med psykiske lidelser sjeldnere får tilgang på kirurgiske inngrep (Li et al., 2011). Personer med psykiske lidelser beskriver diskriminering og stigma i møte med helsevesenet, selv om dette var synkende i en engelsk studie fra 2008-2014 (Corker et al., 2016).

Årsakene til økt sykkelighet, flere komorbide tilstander og økt risiko for tidlig død er mange og sammensatte. Verdens helseorganisasjon har presentert en multifaktormodell som kan benyttes som forklaring på overdødelighet blant personer som har alvorlig psykisk lidelse. Modellen kan deles inn i tre hovedkategorier: Individuelle faktorer, faktorer ved helsesystemet og sosiale betingelser. Individuelle faktorer kan igjen deles inn i

sykdomsspesifikke risikofaktorer eller knyttet til atferd. Faktorer knyttet til sykdommen i seg selv kan være alvorlighet av sykdommen, sykdomshistorikk, symptomer, debutalder, hvor lenge siden diagnosen ble satt og stigma. Atferdsmessige faktorer kan være: røyking, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet, seksuell eller annen risikabel atferd, rusmiddelbruk og lav motivasjon. Faktorer i helsesystemet som kan påvirke oppfølgingen av somatisk helse kan være ledelse, økonomi, informasjon, måten tjenestene blir tilbudt på inkludert koordinering av tjenestene, menneskelige ressurser inkludert kommunikasjon og medisinsk behandling. Sosiale betingelser for helsen inkluderer faktorer som politikk, sosioøkonomisk status, kultur og sosiale verdier, miljømessige sårbarheter og sosial støtte (Liu et al., 2017). Disse mange faktorene belyser kompleksiteten i hvordan forstå dette fenomenet (World Health organization, 2016).

Faktorene er selvfølgelig basert på statistiske data, hva som gjelder for den enkelte vil være individuelt. Selv om man har eksempelvis fått diagnosen schizofreni som her betegnes som en alvorlig psykisk lidelse, så er det en sykdom man kan bli frisk av. En norsk studie viser at opptil 55 % av de som ble undersøkt med schizofreni var blitt delvis eller helt friske i løpet av en fireårs oppfølgingsperiode (Torgalsbøen, Fu & Czajkowski, 2018). Selv om man har en alvorlig psykisk lidelse er det slettes ikke sikkert at man har noen av disse risikofaktorene. Mange klarer å ivareta sin fysiske helse på egenhånd, og ikke er i behov av støtte fra helsevesenet. De store individuelle forskjellene gjør det utfordrende å generalisere. Likevel vet vi at på statistisk grunnlag er dette en pasientgruppe som er spesielt sårbar for å dø tidligere og tape flere friske leveår, enn gjennomsnittsbefolkningen.

Tidlig oppdagelse og rett behandling av den psykiske lidelsen er viktig for å redusere risikofaktorene for økt sykkelighet og dødelighet (World Health organization, 2016). Den økte bevisstheten på problemet har ført til økte satsninger for å redusere risiko, både internasjonalt og nasjonalt. Det er etablert egne retningslinjer for å oppdage og iverksette tiltak for en positiv kardiometabolsk helse hos personer med psykoselidelser og alvorlige psykiske lidelser generelt (Orygen - The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016; World Health organization, 2016). I Norge har Helsedirektoratet innført nasjonale retningslinjer gjennom pakkeforløp for psykiske lidelser og rusmiddellidelser; Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Pakkeforløpet

beskriver kartlegging og oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer, samt anbefalinger til hvem som bør gjøre hva (Helsedirektoratet, 2018a). Retningslinjen er blant annet basert på «Hjertefrisk-algoritmen», som igjen er inspirert av australsk forskning (Curtis, Newall & Samaras, 2012; Universitetet i Oslo, 2018). «Hjertefrisk» er et prosjekt som har hatt som intensjon å bedre den somatiske helsen til personer med alvorlig psykisk lidelse, og spesielt ved bruk av neuroleptika. Den er basert på å kartlegge type risiko, om man er i faresonen, iverksetting av tiltak og mål. Algoritmen er innført i England, Australia, Canada og Japan. Den norske oversettelsen og tilpasningen er gjort av Ringen og Tonstad ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus, med støtte fra Norsk psykiatrisk forening. Slogordet har vært: «Ikke bare observér – intervensér!» (Universitetet i Oslo, 2018).

Folkehelseinstituttet laget i 2020 en rapport som oppsummerer effekter av forebyggende tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med psykiske lidelser. Rapporten på oppdrag fra Kreftforeningen inkluderte ni systematiske oversikter med høy kvalitet. Den inkluderte fire systematiske oversikter som omhandlet mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

Kunnskapsgrunlaget kjennetegnes ved små og få studier, men konkluderer likevel med at det mangler direkte sammenligning av tiltakene med kun forebyggende råd om sunne levevaner, men at det kan inngå i standard behandling. Videre at kunnskapsgrunlaget mangler resultater på effekter av tiltak på dødelighet og sykelighet. Forfatterne oppsummerer at det er mulig at tiltakene kan gi bedre livskvalitet og at de kan bedre symptomer på depresjon. De konkluderer også med at det er usikkert om tiltakene reduserer psykotiske symptomer eller bedret etterlevelse av medikamentell behandling (Denison et al., 2020).

2 Litteratursøk og presentasjon av tidligere forskning

Basert på interesse og overstående empiri gjorde jeg litteratursøk med utgangspunkt i en foreløpig problemstilling: «Hvordan er samarbeidet rundt somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse?». Fokuset var samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser, bipolare lidelser og alvorlig depresjon) i primærhelsetjenesten. Innledende oversiktslitteratursøk etter relevante artikler ble primært gjort i Universitetets databaser som Oria og Munin, Cristin, Nora, i tillegg til Google Scholar. Her ble det innhentet relevante søkeord, i tillegg fra bibliotekar og andre fagfolk. Nasjonale

faglige retningslinjer og relevant teori ble også benyttet for å innhente relevante søkeord. Ulike søkeord har vært utprøvd og litteratursøk er gjort gjentatte ganger før det endelige systematiske søket ble gjennomført. Systematiske søk ble gjennomført i databasene PsycINFO, PubMed, og CINAHL, som ble ansett som særlig relevante.

Det ble benyttet både tesauruser og fritekst ord for å dekke mest mulig av begrepene i søkene. Søkeordene som ble brukt var: schizophrenia OR psychosis OR bipolar disorder OR major depression OR severe mental illness AND cardiovascular disease OR cardiovascular risk OR metabolic syndrome OR somatic risk OR health OR physical health OR general health OR comorbidity OR physical disease OR physical disorder AND primary health care OR community health care OR general practitioner OR Community health nursing AND interprofessional relations OR intersectoral collaboration OR cooperation OR coaction OR disciplinary communication. Denne søkestrategien ble tilpasset de øvrige databasene. Se Vedlegg 1 for fullstendig oversikt over søkeord og søkestrategi.

Litteratursøkernes artikkeltreff på 346 artikler ble gjennomgått ved gjennomlesning av titler og sammendrag etter følgende inklusjonskriterier: empiriske studier, forståelig språk (norsk, svensk, dansk og engelsk), studiens fokus skal være samarbeid i primærhelsetjenesten rundt somatisk helse hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse, øvrige studier ble ekskludert. Resterende 53 artikler ble overført til referansehåndteringssystemet EndNote og gjennomgått i fulltekst med krav om samme inklusjonskriterier. Duplikater ble fjernet gjensto 11 artikler til kunnskapsgrunnlaget. Artiklene som danner kunnskapsgrunnlaget som er presentert i artikkelen bar preg av upresist begrepsbruk. Dette finner også Folkehelseinstituttet i sitt søk etter studier om tverrfaglige team i primærhelsetjenesten (Forsetlund et al., 2019). Det tas derfor med som en svakhet ved litteratursøket, selv om dette litteratursøket hadde fokus på team spesifikt. En annen svakhet ved søket er at på grunn av oppgavens lengde og omfang ble artiklene og vurderingsprosessen av artiklene kun gjort av meg. Selv om artiklene regnes å belyse dette temaet hadde hver av studiene ulike fokus, det gir også et noe sprikende kunnskapsgrunnlag hvor det er vanskelig å trekke klare slutninger. Hovedtrekkene er at det er mange ulike faktorer som påvirker primærhelsetjenestens tverrfaglige samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Oppsummeringen av resultatene fra artiklene er presentert i artikkelen, sammen med referansene til alle artiklene.

3 Sentrale teoretiske perspektiv

I dette kapitlet vil det presenteres ulike sentrale teoretiske perspektiver som kan bidra til et bakteppe for å forstå noen av de perspektivene som påvirker tverrfaglig samarbeid rundt somatisk helse til personer med alvorlige psykiske lidelsen. Kapitlet begynner med en liten introduksjon til noen psykiske lidelser som kan betegnes som alvorlige, som schizofreni, bipolar lidelse og depresjon. Videre presenteres noen viktige kardiometabolske risikofaktorer og sett spesielt opp mot personer med alvorlig psykiske lidelser. Videre presenteres teori om helsefremming og sykdomsforebygging, da oppfølging av somatisk helse både kan forstås som behandlende tiltak, men også helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi kjenner til at det er mange perspektiver som kan bidra til å forstå hva som hemmer og fremmer gode tverrfaglige samarbeid, og noen perspektiver presenteres videre i kapitlet. Etter dette presenteres ulike rammeverk for tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten i Norge, gjennom lovverk, forskrifter, nasjonale strategier og faglige retningslinjer. Til sist i dette kapitlet presenteres brukerperspektivet i et tverrfaglig samarbeid.

3.1 Alvorlig psykiske lidelser

I dette kapitlet presenteres det forekomst av og kjennetegn ved psykoselidelser, spesielt knyttet til schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. I dagens system defineres en diagnose ut ifra tilfredsstillende av et sett med bestemte kriterier beskrevet i en diagnosemanual, som resulterer i om man har en psykisk lidelse eller ikke. Hva som gjør at noe defineres som en psykisk lidelse er basert på diskusjoner i fagmiljøer og er i stadig endring. Psykiske lidelser kan samtidig forstås som dimensjonale, som et sett av symptomer som opptrer i større eller mindre grad. Det er en pågående debatt om diagnoser bør forstås som kategoriske eller dimensjonale (Reneflot et al., 2018). Diagnoser kan være nyttige for å finne frem til best mulig helsehjelp, samtidig som diagnoser kan redusere mennesker til en sykdom og kan virke stigmatiserende (Helsedirektoratet, 2013).

Definisjon på alvorlige psykiske lidelser er i endring og kan inkludere flere diagnoser enn de som er benyttet i denne studien. En definisjon som er benyttet er at alvorlig psykisk lidelse inkluderer diagnosene schizofreni, bipolar lidelse eller annen psykoselidelse, at lidelsen gir signifikant funksjonsnedsettelse og at lidelsen har vart over en signifikant tid, vanligvis minst to år (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016).

Psykoselidelser, bipolare lidelser og alvorlig depresjon er de diagnosene som hyppigst er nevnt i internasjonale studier som alvorlige psykiske lidelser med høyere forekomst av risiko for sykelighet og død, og er derfor de diagnosene som er nærmere beskrevet i denne studien. I selve intervjuene er det ikke gjort et skille mellom ulike diagnoser utover at det er beskrevet i informasjonen om studien.

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i befolkningen og bidrar til helsetap. De vanligste lidelsene hos voksne er depresjon, rusmiddellidelser og angst. Alvorlig psykiske lidelser er langt mindre vanlige (Reneflot et al., 2018). Psykosespekterlidelser inkluderer flere ulike psykoselidelser omtalt både i Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) og i det amerikanske diagnosemanualen, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (The American Psychiatric Association (APA), 2020; World Health Organization, 1999). I ICD-10 omfatter psykoselidelser diagnoser innen F20-F29 schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide lidelser, schizoaffektive lidelser, andre ikke-organiske psykoser og uspesifisert ikke-organisk psykose, med ulike undergrupper. Bipolare lidelser og alvorlig depresjon er i ICD-10 systemet knyttet til affektive lidelser stemningslidelser (World Health Organization, 1999).

Schizofreni, som en av de mest undersøkte psykoselidelsene er en dimensjonal og dynamisk diagnose, hvor det kliniske bildet er mangfoldig (Helsedirektoratet, 2013). Psykoselidelser kjennetegnes av forvrenginger i tenkning, persepsjon, følelser, språk, selvfølelse og atferd (World Health Organization, 2019). Vanlige opplevelser kan inkludere negative symptomer som lav motivasjon, lav evne til å igangsette oppgaver, inadekvat eller avflatet affekt og positive symptomer som realitetsbrist i form av hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger. Mange kan også oppleve andre type symptomer som angst, depresjon og kognitive vansker som påvirker læring, minnet, sansing og motoriske ferdigheter, samt at selvoppfatningen endres (Helsedirektoratet, 2013). Man kan skille mellom ikke-afektive psykoser hvor schizofreni er den mest vanlige og affektive psykoser som kan inkludere perioder med mani og depresjon (World Health Organization, 1999).

De vanligste bipolar lidelsene er type I og II. Type I kjennetegnes av maniske og depressive episoder, mens type II kjennetegnes av hypomani og depresjon. Type II er noe hyppigere

forekommende enn type I (Helsebiblioteket, 2018). Ved bipolar lidelse, spesielt ved type I kan også psykotiske symptomer forekomme. Mani er en tilstand av hevet stemningsleie utover det normale, med høyt aktivitetsnivå, sterkt selvbilde, rask tale og tankeaktivitet. Hypomani er en lettere grad av oppstemthet. Depresjon kan kjennetegnes av nedsatt stemningsleie, selvtillit og selvfølelse. Evne til å føle glede, interesse og konsentrasjon er nedsatt. Nedsatt aktivitet, energi, motivasjon, seksualdrift og initiativ er også vanlige symptomer. Økt trettbarhet og forstyrrelse av søvn og matlyst kan også forekomme. Det er vanlig å skille mellom mild, moderat og alvorlig depresjon. Depresjon er en del av bipolar lidelse, men er også en selvstendig lidelse. Alvorlig depresjon er også inkludert i flere av studiene om redusert forventet friske leveår og lavere gjennomsnittlig forventet leveår. Alvorlig depresjon kjennetegnes av høy grad av symptomer som nevnt ovenfor og spesielt redusert funksjon i dagliglivet. Alvorlig depresjon kan forekomme med eller uten psykotiske symptomer (World Health Organization, 1999). En del av studiene som er inkludert i kunnskapsgrunnlaget er det gjort forskning med personer med bipolar type I, da det kan gi spesielt høyt symptomtrykk og redusert funksjonsnivå.

Studier viser til at livstidsforekomsten av psykoselidelser blir beregnet til 3,5 prosent, av disse ble schizofreni beregnet til ca. 1,0 prosent (Reneflot et al., 2018, s. 30). I underkant av 20 millioner mennesker hadde en schizofrenidiagnose på verdensbasis i 2017 (James et al., 2018). I Osloundersøkelsen finner man en livstidsforekomst av bipolar lidelse på 1,6 prosent og alvorlig depresjon på 17,8 prosent (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001).

Alle lidelsene, som vi setter disse merkelappene, som nevnes i denne studien opptrer veldig forskjellig hos den enkelte, både med tanke på opplevde symptomer og på funksjonsnivå. Jeg vil igjen påminne om at det er lagt fra alle med schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon som har økt kardiometabolsk risiko og som har behov for sammensatte helsetjenester. Diagnosen omtales på bakgrunn av statistisk sannsynlighet.

3.2 Kardiometabolske risikofaktorer

Som nevnt innledningsvis kan kardiometabolske risikofaktorer forstås som tobakksrøyking, fysisk inaktivitet, uheldig kosthold, forhøyet blodtrykk, forhøyet blodsukker/diabetes type II, forhøyet kolesterol/dyslipidemi og overvekt eller fedme (Helsedirektoratet, 2018a). Sammen

kunnskap om arvelighet, kjønn og alder kan disse kardiometabolske risikofaktorene være indikatorer for risiko for kardiovaskulære sykdommer (Klemsdal, Tonstad & Hjermmann, 2004).

3.2.1 Røyking

Tobakksbruk er en av de største folkehelseproblemene vi kjenner til. Tobakksbruk tar livet av mer enn åtte millioner mennesker hvert år på verdensbasis. Tobakk tar livet av opptil halvparten av brukerne (World Health Organization, 2020). Det er beregnet at ca. 20 % av dødsfallene i Norge hos personer under 70 år er tilskrevet tobakksrøyk. I tillegg er røyking den viktigste risikofaktoren for tapte leveår for hele den norske befolkningen.

Tobakksrøyking er en betydelig risikofaktor kreftdødsfall, hjerte- og karsykdommer, nedre luftveissykdommer og KOLS (Øverland et al., 2018). Tobakksbruk gir som kjent avhengighet gjennom nikotin, som gjør at man får en toleranse for nikotin og at inntaket må øktes for å få lik effekt (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

3.2.2 Fysisk aktivitet, overvekt og kosthold

Folkehelseinstituttet skriver at: «Fysisk aktivitet er definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i ein vesentleg auke i energiforbruket utover kvilenivå.» (Owe, Ekelund & Ariansen, 2017). De nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet er minst 150 minutter moderat intensitet eller 75 minutter høy intensitet i uka (Helsedirektoratet, 2019a). I Norge oppfyller ca. 30 % av den voksne befolkningen rådene om mengde fysisk aktivitet. For lite fysisk aktivitet kan øke risiko for å få sykdommer som kreft, hjerneslag, høyt blodtrykk, hjerte- og karlidelser og diabetes type 2, for å nevne noen (Owe, Ekelund & Ariansen, 2017). Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og overvekt og fedme er kompleks, og kan forstås fra minst tre ulike perspektiver: «1) Forebygging av vektoppgang, 2) Vektreduksjon, 3) Forebygging av vektoppgang etter vektreduksjon» (Dalene, Nystad & Ekelund, 2019).

Ifølge Folkehelseinstituttets rapport over sykdomsbyrden i Norge i 2016 kunne rundt en tredjedel av alle dødsfall tilskrives såkalte «atferdsfaktorer» som usunt kosthold, bruk av alkohol og illegale rusmidler, tobakksrøyking og fysisk inaktivitet. Disse atferdsfaktorene har sammenheng med de metabolske risikofaktorene som høyt kolesterol, blodtrykk, høyt

blodsukker, høy kroppsmasseindeks og nedsatt nyrefunksjon, som er blant de viktigste risikofaktorene for død. I rapporten fra 2016 ble også mange dødsfall tilskrevet usunt kosthold (Øverland et al., 2018).

Risikofaktorene påvirker hverandre og virker sammen, eksempelvis kan inaktivitet og usunt kosthold gi overvekt og fedme, som igjen kan gi høyt blodtrykk, høye kolesterolverdier og høyt blodsukker, som igjen er risikofaktorer for andre sykdommer og død. Røyking, usunt kosthold og høyt blodtrykk trekkes frem som de viktigste risikofaktorene som kan påvirke den norske sykdomsbyrden (Øverland et al., 2018).

3.2.3 Kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse

Studier viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har flere sårbarhetsfaktorer for å begynne å røyke og i gjennomsnitt har en høyere sannsynlighet for å begynne å røyke enn befolkningen for øvrig (de Leon & Diaz, 2005; Heffner et al., 2011). I Norge er det en nedgang på antall som røyker tobakk og andelen i dag ligger rundt 9 % (Statistisk sentralbyrå, 2020). Internasjonale studier antyder at det ikke er en signifikant nedgang i antall personer med psykiske lidelser som røyker sammenlignet med mennesker som ikke har psykiske lidelser (Cook et al., 2014). I en engelsk studie blir det beskrevet at personer med alvorlige psykiske lidelser som deltok i undersøkelsen viste stor motivasjon til å endre på tobakksbruk, men hadde lite tro på egen mestring, grunnet flere mislykkede forsøk. Studien viste også at de oppga at de brukte røyking for å redusere stress, som hjelp til å slappe av og for å ikke kjede seg (Peckham et al., 2016). Røyking er en av de risikofaktorene som kan forebygges som vil ha stor betydning for å bedre helsen og redusere risiko for tidligere død hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Peckham et al., 2016).

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948) av 2012 viser til en studie av Regier et al. (1990) som fant at personer med schizofreni og bipolar lidelse har spesielt høy forekomst av rusmiddellidelser, henholdsvis 47 prosent og 56 prosent. Alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse vil gi ytterligere risikofaktorer for somatisk uhelse.

En stor systematisk oversiktsartikkel viser at personer med alvorlig psykiske lidelser hadde en signifikant lavere sannsynlighet til å imøtekomme anbefalinger om fysisk aktivitet, spesielt personer med schizofreni, enn befolkningen ellers. I lys av helsegevinstene ved fysisk aktivitet og økt forekomst av fysisk inaktivitet hos denne gruppen anbefaler forfatterne av studien at det iverksettes tiltak for å redusere inaktivitet hos denne gruppen (Vancampfort et al., 2017). En amerikansk studie finner de samme funnene (Daumit et al., 2005). Det finnes også holdepunkter i studier for at personer med alvorlig psykiske lidelser har signifikant høyere energiinntak enn kontrollgruppen, som igjen kan gi risiko for overvekt, fedme og dårligere fysisk helse (Teasdale et al., 2019). Antipsykotika kan også gi økt matlyst, vektøkning, fedme, endret glukose- og lipidmetabolisme, og andre kardiovaskulære- og metabolske risikofaktorer (Correll, Lencz & Malhotra, 2011).

I en norsk studie av 83 personer med psykoselidelser ved en sengepost viste at pasientene hadde høy kardiometabolsk risiko. Over halvparten hadde usunt kosthold, overvekt var funnet hos 44 %, 23 % hadde forhøyet kolesterol, 26 % hadde forhøyet blodtrykk og 78 % røykte daglig. Lave nivåer av fysisk aktivitet var knyttet til høyt symptomtrykk på depresjon. En nominell økning av kardiometabolske risikofaktorer ble funnet hos personer som benyttet olanzapin- og clozapin som antipsykotisk medikasjon (Ringen et al., 2018a). Correll et al. (2017) viser i en nylig gjennomført og stor systematisk oversiktsstudie at personer med alvorlig psykisk lidelse har høyere insidens, prevalens og dødelighet av hjerte- og karsykdommer.

Felles for disse lidelsene er at de har potensialet for å gi alvorlige konsekvenser i personers liv, både av opplevd livskvalitet og av funksjonsnedsettelse. Disse psykiske lidelsene vil også kunne ha konsekvenser for pårørende og nettverket til den som er rammet. En studie av Fekadu et al. (2019) viste at flere personer med alvorlig psykiske lidelser hadde fysiske helseproblemer som hodepine, søvnløshet og tretthet, psykiske utfordringer som depresjon, sosioøkonomiske utfordringer, og negativ påvirkning på barn av personer med alvorlig psykisk lidelse, spesielt i lav- og middelinntektland. I følge Johannessen (2002) hadde omtrent 10 % av alle som var uføretrygdet i Norge schizofreni i 2002.

3.3 Helsefremming og sykdomsforebygging

Oppfølging av den somatiske helsen handler både om å avdekke risiko, iverksette tiltak ved både et oppstått problem, men også sykdomsforebygging og helsefremming (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). Verdens helseorganisasjon definerer helsefremming slik: «Helsefremming er prosessen som gjør at folk kan få økt kontroll over, og muligheter til å forbedre deres helse» (World Health Organization, 1986).

Sosiologen Antonovsky var kritisk til diagnosesystemet og etablerte begrepet salutogenese som en motsats til patogenese, som er læren om hvordan sykdom oppstår og utvikles.

Forfatteren peker på salutogenese som nøkkelen til god helse, og er med dette et viktig perspektiv på helsefremming. Han peker på at vi mennesker har motstandsressurser eller mestringsressurser som gir ulik grunnholdning som han kaller for «Sense of Coherence» som kan oversettes med opplevd sammenheng, eller forutsigbarhet. I møte med stressorer vil en person med sterk «Sense of Coherence» – opplevelse av sammenheng oppleve situasjonen som meningsfull, forstå utfordringen og ha tro på at ressursene for å mestre utfordringen er tilgjengelig, altså opplevd overkommelighet (Antonovsky, 1996).

En hyppig brukt definisjon av forebygging er definert av Gerard Caplan i 1964 oversatt av Seidel skilles det mellom primær-, sekundær, og tertiærprevensjon. Primærforebygging eller prevensjon dreier seg om å redusere forekomsten av mentale sykdommer av alle former i et samfunn, videre handler sekundærforebygging seg om å redusere varigheten av et stort antall av de lidelsene som forekommer og tertiær prevensjon seg om å redusere skadevirkningene av disse lidelsene (Seidel & Caplan, 1994). I dag benyttes også begrepene universell-, miljørettet-, selektiv- og indikativ forebygging (Meld. St. nr. 30, 2011-2012). Helsefremming som begrep vil ofte kunne settes i sammenheng med universelt forebyggende arbeid, da helse skal skapes av befolkningen selv der de arbeider, bor og lever (World Health Organization, 1986). Et slikt folkehelseperspektiv med «helse i alt vi gjør» gir et behov for et videre tverrsektorielt samarbeid også utover kommunes helse- og omsorgstjenester (Orvik, 2015, s. 250). Sammen med øvrige helsepersonell er også jeg som sykepleier forpliktet gjennom yrkesetiske retningslinjer til å ha «ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

3.4 Tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid

3.4.1 Fag og faglighet

Faglighet og samarbeid er to brede begreper som det kan være nyttig å avklare. Begrepet fag er mangetydig og benyttes på ulike måter, og det kan være vanskelig å avgrense. Faglighet handler om både fagkunnskap, ferdigheter og praktiske erfaringer som er knyttet til et yrke eller utdanning. Det å være faglig skiller seg fra å handle tilfeldig (Larsen, 1994, s. 6). Fag kan for eksempel både være en akademisk disiplin og en subspecialitet som overlapper flere fagdisipliner. Hva som er knyttet til et bestemt fag er i kontinuerlig endring og varierer mellom kulturer. Fag som begrep kan både være en måte å klassifisere og organisere på (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 39). Eksempelvis kan sykepleie regnes som et eget fag, men sykepleie består også av ulike fagdisipliner som deles av andre fag, eksempelvis anatomi og psykiatri. Det er altså noe som skiller ett fag fra et annet, samtidig kan ulike fag bidra til en helhet, men samtidig har en helhet sine begrensninger. Lauvås & Lauvås (2004, s. 40) siterer Luhmann (1982): «Et fag kan bare se det det kan se. Det kan ikke se det det ikke kan se. Det kan heller ikke se at det ikke kan se det det ikke kan se!».

3.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Et stadig mer fragmentert helsevesen med ulike spesialiseringer er i økt behov for å koordinere ulike oppgaver, noe som gjør at samhandling som begrep og kompetanse blir stadig viktigere (Orvik, 2015, s. 210). Det kan være hensiktsmessig å differensiere ulike fag når oppgaver skal deles og avklare hvem som skal gjøre hva, gjerne i et tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 38). Samtidig er flerfagligheten et premiss for å kunne møte problemene som en slik funksjonell differensiering kan gi (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 46). Samarbeid, samhandling, samorganisering og integrering er ord som benyttes litt om hverandre, men som kan ha litt ulik betydning. Dette gjøres også i det engelske språket som benytter begrep som «coordination», «cooperation» og «collaboration» (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 52).

Integrasjon kan forstås som en fellesfaktor mellom de ulike begrepene, som vil si at tjenestene totalt sett skal imøtekomme behovene, koordinering blir da en forutsetning (Orvik, 2015, s. 210). Samarbeid kan knyttes til den engelske begrepet «cooperation», mens samhandling kan knyttes til det engelske begrepet «collaboration» (Ness, 2014). Begge begrepene handler altså

om å handle sammen, men har litt ulike meningsinnhold (Larsen, 1994). Orvik (2015, s. 210) definerer samhandling som å handle sammen, konkret og forpliktende, med en forutsetning om at deltakerne koordinerer innsatsen. Han skriver videre at slik samhandling forutsetter gjensidig ansvar, tillit og likeverd, samt at relasjonsbygging er en forutsetning. Videre kjennetegner samarbeid en interaksjon som er mindre forpliktende i konkret handling, og mer kan forstås som en positiv innstilling for å få til å løse noe sammen. Samarbeid kan derfor være mer personavhengig og er dermed i større risiko for å kunne svekkes (Orvik, 2015, s. 211). I Samhandlingsreformen definerer St.meld. nr. 47 (2009) samhandling slik: «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.». Verdens helseorganisasjon definerer tverrfaglig samarbeid slik: “Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care” (World Health Organization, 2010).

En måte å skille ulike samarbeid kan være gjennom begrepene flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglige samarbeid (Larsen, 1994). Flerfaglighet kan forstås som at ulike arbeidsgrupper jobber ved siden av hverandre med atskilte fagområder, med hierarkisk struktur mellom faggruppene, hvor det er lite søkelys på helhetssyn og felles ansvar. Tverrfaglig samarbeid kan beskrives som en engasjert samling for et felles prosjekt, et mål om å oppnå konsensus, hvor gruppen er dynamisk med stor grad av faglighet innen hver yrkesgruppe. Tverrfaglighet preges av integrasjon av ulike faggruppers viten, samtidig som ny felles viten og nye holdninger kan oppstå gjennom tverrfagligheten. Videre at deltakerne representerer den tverrfaglige gruppens synspunkter og at medlemmene har overblikk over helheten. Flerfaglighet kan forstås som en integrert faglighet hvor man har en felles viten, med sterk fokus på felles mål, helhetssyn med et felles ansvar, og konsensus er et grunnprinsipp (Larsen, 1994). I denne teksten er begrepet tverrfaglig samarbeid vektlagt. Larsen (1994) skriver videre: «Tverrfaglighet betyr altså ikke at alle kan alt og kan gjøre det samme. Samarbeidet er basert på den enkelte faggruppens spesifikke kunnskaper». Tverrprofesjonelt og tverrfaglig er to begreper som blir benyttet om hverandre i litteraturen, kanskje tverrprofesjonelt har blitt mer anvendt i Norge de siste årene ved at det engelske begrepet

«interprofessional» opptrer hyppigere i forskning (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016, s. 19).

Tverretatlige- og tverrsektorielle samarbeid er begreper som skiller seg fra tverrfaglige- og tverrprofesjonelle samarbeid, deltakerne i samarbeidet ikke nødvendigvis har ulike fagbakgrunn (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 41). I forskning spesielt benyttes også andre begreper som interdisiplinært-, multidisiplinært-, kryssdisiplinært-, transdisiplinært-, interprofesjonelt-, intraprofesjonelt- samarbeid, samhandling eller praksis (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 42:46). Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser i pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Brekke, 2016, s. 68). I en tverrfaglig samhandling kan det inngå flere pasientforløp. Det som kjennetegner helhetlige pasientforløp er: kontinuitet, samarbeid, sømløshet, pasientsentrert og at de er informasjonsdrevet (St.meld. nr. 47, 2009).

Litteraturen har vært preget av et inkonsistent begrepsbruk, men jeg har forsøkt å forholde meg til tverrfaglig samarbeid, men det interaksjonene i primærhelsetjenesten er både preget av samhandling og samarbeid.

3.4.3 Ulike teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kan forstås på ulike måter. Ulike perspektiver som sosial-, psykologisk-, organisasjons- og systemteoretiske perspektiver vil kunne skape ulike forståelse av hva tverrfaglig eller tverrprofesjonelt samarbeid er. En mye anvendt innfallsvinkel er å skille mellom individ, team- og organisasjonsperspektiver Reeves (2016, s. 147). Ødegård (2016, s. 120) presenterer en modell kalt PINCOM som skal forklare opplevelsen av samarbeid, basert på disse tre hovedkategoriene; organisasjon, gruppe og individ, som igjen er delt inn i fire kategorier hver. Slike teorier vil kunne gi en forståelse av individuell atferd, gruppefungering og organisatorisk påvirkning, kan man da overse grunnleggende sosiale prosesser hevder Reeves (2016, s. 147). Reeves et al. (2010, s. 57) foreslår fire teoretiske områder som et konseptuelt rammeverk for tverrprofesjonelt samarbeid:

1. Relasjonelle faktorer som kan påvirke relasjonene mellom de ulike yrkesgruppene, som makt, sosialisering, hierarki, teamsammensetning, teamroller og teamprosess, som igjen inkluderer eksempelvis kommunikasjon.
2. Prosessuelle faktorer som kan påvirke hvordan arbeidet utføres; tid og sted, rutiner og ritualer, IT, uforutsigbarhet, hastegrad, kompleksitet og oppgaveskifting.
3. Organisatoriske faktorer som kan påvirke det lokale organisatoriske miljøet hvor det tverrprofesjonelle arbeidet skjer; organisatorisk støtte, profesjonsrepresentasjon, frykt for søksmål.
4. Kontekstuelle faktorer som er relatert til bredere sosiale, politiske og økonomiske rammer; kultur, mangfold, kjønn, politisk vilje og økonomi.

Reeves et al. (2010, s. 47) viser til flere ulike former for tverrfaglig arbeid; teamarbeid, samhandling, koordinering og nettverksarbeid. I de teoretiske områdene som presenteres er det rettet mot teamarbeid, elementene i teorien vurderes likevel som relevante også for annet tverrfaglig samarbeid. Reeves et. al. beskriver en modell som belyser ulike hemmende og fasiliterende faktorer, basert på et sosiologisk perspektiv. De ulike faktorene blir i litteraturen presentert separat, men det påpekes at disse faktorene er tett sammenvevede. Denne sosiologiske modellen for tverrfaglig eller tverrprofesjonelt samarbeid benytter ulike teoretiske utgangspunkt for å forklare fenomenet. Reeves (2016, s. 157-158) viser til hvordan tverrfaglig samarbeid kan forstås ut fra økonomiske, politiske og sosiale prosesser, så vel som interaksjonistiske teorier fra Goffman om rolleteori, Strauss om forhandlinger, Lukes teori om ideologi, Giddens teori om strukturering, og Foucaults teorier om sosial makt, diskurs og overvåking, for å nevne noen.

Tverrfaglig samarbeid kan forstås ut fra en rekke ulike teoretiske perspektiver; sosialpsykologisk perspektiv, profesjonsperspektivet, organisasjonsperspektivet og kunnskapssosiologisk perspektiv, og andre overordnede perspektiver som gjennom kommunikasjon, sosialisering og virkelighetsforståelse, og trolig flere perspektiver (Lauvås & Lauvås, 2004).

Laura Bronstein (2003) baserer sin modell for tverrfaglig samarbeid på fire teoretiske rammeverk: rolleteori, tjenesteintegrering, samhandlingsteori og økologisk systemteori.

Bronfenbrenner (1996) økologiske systemteori baserer seg på ulike systemnivå: mikro-, meso-, ekso- og makrosystemet, som vil påvirke oss på ulike måter. Alle de fire systemene påvirker også hverandre gjensidig, og skjer det endringer i det ene systemet vil det påvirke de andre systemene. Modellen ble opprinnelig brukt for å forstå barns utvikling, men ansees også som nyttig for å forstå hvordan omgivelsene påvirker oss og hvordan ulike systemer påvirker hverandre. Generell systemteori kan bidra med en forståelse av at ulike enheter påvirker hverandre gjensidig og er avhengige av hverandre (Jensen, 1994). I lys av et tverrfaglig samarbeid kan man forstå det som at dersom deler av samarbeidet endrer seg, vil andre deler også påvirkes. Bredden av ulike teoretiske perspektiver for å forstå tverrfaglig samarbeid antyder kompleksiteten i en slik aktivitet.

3.5 Rammeverk for tverrfaglig samarbeid

3.5.1 Lovverk og forskrifter

Samarbeid rundt mennesker med alvorlig psykiske lidelser er regulert i en rekke lovverk og forskrifter. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) har som formål å sikre samhandling og at tjenestetilbudet er tilpasset den enkelte persons behov, både innad i kommunen og samarbeid med andre relevante instanser. Loven legger også føringer for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Kommunene har ansvar for personer som har psykiske problemer og lidelser og/eller rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven er profesjonsnøytral og åpner opp for at kommunene selv frihet til å fastsette innholdet i helse- og omsorgstjenestene, og bestemme kompetansekravene for å gi forsvarlig helsehjelp. En fordel med dette er frihet til å kunne gjøre lokale tilpasninger, en fare kan være at kvaliteten kan bli dårligere (Brekke, 2016, s. 68)

Lov om pasient- og brukerrettigheter også kjent som Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, revidert i 2013) definerer at en pasient er en som tar kontakt med helse- og omsorgstjenesten, eller som blir gitt eller tilbudt helsehjelp. En bruker blir definert som en person som ønsker eller mottar tjenester som ikke er helsehjelp, men som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven. I denne teksten benyttes begge begreper, da det er gjennomført intervjuer med tjenesteytere som både omtaler disse personene som brukere og pasienter.

Helsehjelpen som gis skal dokumenteres i tråd med Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (Pasientjournalloven, 2014). Dokumentasjonsplikten tydeliggjøres ytterligere i Pasientjournalforskriften (2019). Andre relevante forskrifter som regulerer oppgavene til primærhelsetjenestene er Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012), som legger føringer for at alle skal ha tilgang på nødvendige allmennlegetjenester og at kommunene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Fastlegen skal ha en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med relevante andre tjenesteytere.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator har som formål at personer med behov for habilitering eller rehabilitering blir tilbudt tjenester som kan bidra til motivasjon, læring, likeverd, deltakelse og økt funksjons- og mestringsevne. Forskriften har også som formål å styrke samhandlingen og at tjenestene som tilbys og ytes er planmessig, samordnet og tverrfaglig. Videre at tjenestene er på brukerens og pasientens arena og at det oppleves meningsfylt for den det gjelder. Forskriften regulerer også rett til individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) har som formål å: «[...] bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.». Forskriften pålegger også kommuner å etablere prosedyrer som skal sikre at den enkelte får de tjenestene en har behov for til rett tid og sikre at det gis et helhetlig, fleksibelt og samordnet tjenestetilbud som sikrer kontinuitet i tjenestene.

3.5.2 Nasjonale strategier og historisk tilbakeblikk

Primærhelsetjenestens samarbeid sammen med mennesker med alvorlig psykiske lidelser er i tillegg til lovverket over regulert av en rekke nasjonale føringer som stadig er i endring. Disse føringene er både politisk, økonomisk og faglig forankret. Psykisk helsefeltet har vært og er i endring. Viktige nasjonale føringer innen psykisk helsearbeid har de siste årene hatt fokus på integrering av psykisk og somatisk helsehjelp, samt integrasjon av rusmiddelproblemer og lidelser som en del av psykisk helsearbeid. Søkelys på åpenhet, mestring, kvalitet i tjenestene,

tverrfaglighet og koordinering har vært viktige stikkord i de siste års føringer. Ikke minst har brukerens plass og rolle blitt tydeligere beskrevet for brukermedvirkning og samvalg har blitt satt i høysetet. Klausen (2016) og Helsedirektoratet (2015a) har laget gode oppsummeringer over nasjonale føringer.

3.5.3 Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Helsedirektoratet publiserer ulike normerende publikasjoner som skal være til råd og anbefalinger, både til befolkningen og til helsetjenestene. Slike normerende produkter kan være nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglige råd, pakkeforløp og rundskriv. Slike tekster er ikke rettslig bindende, men beskriver hva god faglig praksis er, hvordan lovverk kan tolkes og anbefalinger til prioriteringer. Rådene og anbefalingene har til hensikt å sikre god kvalitet i tjenestene, løse samarbeidsutfordringer, sikre helhetlige pasientforløp og bidra til riktige prioriteringer (Helsedirektoratet, 2019b). Hvordan helsehjelp personer med alvorlig psykiske lidelser, og hvordan helsetjenestene skal samarbeide om dette er beskrevet i en rekke nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og pakkeforløp.

3.6 Brukerperspektivet

I et tverrfaglig samarbeid skal brukerens beste være i sentrum, hvilken hensikt har samarbeidet uten brukeren? Som nevnt i oppsummeringen av nasjonale retningslinjer og lovverk er brukerens rett til å medvirke en sentral rettighet og verdi, og helsepersonell er pliktig til å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017). Ordet autonomi kan fra gresk oversettes til selv-lov, eller selvbestemmelse (Beauchamp & Childress, 2013). Respekt for selvbestemmelse, rettsikkerhet og autonomi er en forutsetning for brukermedvirkning og medbestemmelse (Helsedirektoratet, 2015b).

Spesielt etter Opptappingsplanen for psykisk helse i 1998 har brukermedvirkning blitt satt på agendaen innen psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-98). Brukermedvirkning kan omfatte ulike nivå; individnivå, tjeneste-/systemnivå og på system-/politisk nivå. Det individuelle nivået er forankret i Lov om pasient- og brukerrettigheter, og gir rett til å medvirke i valg, utforming og anvendelse av tilgjengelige tilbud, som vil gi økt mestring og kontroll over eget liv. På tjenestenivå er brukermedvirkning forankret i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, hvor brukerens og pårørendes erfaringer skal benyttes for å

forbedre tjenestene. På systemnivå er brukermedvirkning forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester hvor pasienter og brukere skal kunne delta som representanter og kunne bli hørt i utforming av tjenestene (Røsvik & Bakke, 2019). Brukermedvirkning i forskning har også de siste årene blitt mer og mer anvendt (Klausen, 2016).

Lauvås & Lauvås (2004, s. 60) poengterer at hensikten med brukerperspektivet er å utvikle rammer for hvordan trekke inn og involvere brukere i løsningen av deres egne problemer, med brukeren i sentrum. De skriver videre at helse- og sosialarbeidere kan oppleve ubehag når deres fagkunnskap og profesjonelle skjønn utfordres av brukere som vil bidra aktivt med egen kunnskap og erfaringer. Kunnskapsbasert praksis baserer seg på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning i en kontekst (Helsebiblioteket). Åpenhet, deling av kunnskap og god kommunikasjon er forutsetninger for å få til god brukermedvirkning i praksis (Helsedirektoratet, 2015b). Kjellevold (2005, referert i Willumsen, 2016, s. 36) viser til fire krav som, må legges til grunn for idealet om brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene: «1) Tjenestene skal være individuelt tilpasset 2) Tjenestene skal være samordnet 3) Tjenestene skal gi rom for medvirkning 4) Tjenestene skal være tilgjengelige».

Det er ikke bare innen psykisk helse at brukermedvirkning og -involvering er viktig. I Norge, i likhet med flere andre land, er det et gryende paradigmeskifte fra New Public Management til New Public Governance. En har også sett en endring på hvordan innbyggernes og kommunenes rolle er, hvor innbyggerne blir oppfordret til å ta en mer aktiv rolle, noe som allerede er innført i Danmark i Skanderborg kommune gjennom «Kommune 3.0» hvor fokus er at borgerne deltar aktivt i samfunnsutvikling (Willumsen, 2016, s. 37). Det samme er etablert i Nye Asker kommune hvor de har gått fra å være «Formynderkommunen» til «Servicekommunen» og nå ønsker å bli «Samskapingskommunen», hvor innbyggerne og kommunen sammen lager løsninger og har fokus på samskaping og samstyring (Asker kommune, 2019).

Samvalg er det norske begrepet for «Shared decision making» som er en arbeidsform hvor klinikere og pasienter deler den beste tilgjengelige evidensen når man skal ta avgjørelser og

hvor pasienter blir støttet til å vurdere ulike alternativer for å gjøre informerte valg (Elwyn et al., 2012).

Recovery innen psykisk helse kan beskrives som en personlig prosess hvor en endrer ens holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter for å leve et meningsfylt liv innenfor begrensningene som er forårsaket av lidelsen. Bedring inkluderer utvikling av ny mening og innsikt i ens liv. Visjonen rundt recovery inkluderer dimensjoner som selvtillit, tilpasning av funksjonsnedsettelse, empowerment og selvbestemmelse (Anthony, 1993).

Recoveryorienteringen er omdiskutert og Anthonys recovery-begrep har blitt kritisert for å være for personorientert og at recovery også dreier seg om interpersonlige og sosiale faktorer (Topor et al., 2011).

4 Metode

Som nevnt innledningsvis er det gjort mye forskning på ulike tverrfaglige samarbeid, likevel fant jeg lite empiri knyttet til helsepersonells erfaringer rundt tverrfaglig samarbeid rundt oppfølging av fysisk helse hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser, og spesielt lite i norsk sammenheng. Målet med studien er å undersøke og få en større forståelse for hvordan helsepersonell beskriver samarbeidet seg imellom i primærhelsetjenesten rundt denne eksplisitte kasuistikken, og undersøke hvilke tanker de har rundt det aktuelle samarbeidet og eventuelt behov og muligheter for forbedring. I dette forskningsprosjektet etterstreber jeg å forstå egenskapene ved disse sosiale fenomenene, jeg har derfor valgt en kvalitativ metode (Thagaard, 2018, s. 11). Forskning handler om både systematikk og nysgjerrighet, og forskningens ulike stadier må reflekteres over og begrunnes faglig for å oppnå akademisk skikkelighet og etisk forsvarlighet (Tjora, 2017, s. 16-17). I dette kapittelet skal jeg derfor gjøre rede for hvordan jeg har innhentet data som ligger til grunn for min analyse for å besvare problemstillingen, som lyder som følgende: «Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse?».

Kapittelet inneholder en redegjørelse for valg av empirisk felt, datainnsamlingsmetode og analysemetode. Jeg skal videre redegjøre for valg av forskningsdesign og utvalg, beskrive hvordan rekruttering og gjennomføringen av studien ble utført. Videre følger det en

redegjørelse for hvordan den kvalitative analysemetoden stegvis deduktiv-induktiv metode kan benyttes for å analysere dataene gjennom behandling av rådata, koding, kodegruppering, utvikling og drøfting av konsepter. Denne kvalitative analysemetoden tar utgangspunkt i fire sosiologiske perspektiver som sanner en ramme for hva vi kan vite noe om, ontologi, og hvordan vi kan utvikle kunnskap om dette, epistemologi. De fire perspektivene er: symbolsk interaksjonisme og interaksjonisme, etnometodologi, fenomenologi og sosialkonstruktivisme. Perspektivene bygger altså på et fortolkende, hermeneutisk, vitenskapssyn og interaksjonisme, hvordan det sosiale skapes ved handling, interaksjon og meningsdanning (Tjora, 2017, s. 26-28). Kapittelet avsluttes med metodiske og forskningsetiske overveielser.

4.1 Forskningsdesign

Ut fra problemstillingen ble forskningsprosjektet videre planlagt gjennom å utforme et forskningsdesign som beskrev hva som skulle undersøkes, hvem som kunne gi svar på dette, hvor undersøkelsen skulle gjennomføres og hvordan den skulle utføres. Forskningsdesignet ble presentert i en prosjektbeskrivelse som var nødvendig for å søke om godkjenning av studien og for å få tilgang til forskningsfeltet (Thagaard, 2018, s. 50-52). Jeg valgte som sagt en kvalitativ metode, med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode. I det videre vil det bli redegjort for utvalg, rekruttering og datainnsamlingsmetode.

4.1.1 Utvalg, rekruttering og tilgang til feltet

I denne kvalitative undersøkelsen representerer utvalget personer. I slike studier er det viktig at utvalgsprosessen gjøres på en hensiktsmessig måte for å besvare problemstillingen, slik at analysen av dataene kan gi en forståelse for de fenomenene som undersøkes (Thagaard, 2018, s. 54). Utvalget må derfor være gjort analytisk selektivt, da man i kvalitative studier ikke ønsker et tilfeldig utvalg (Brinkmann & Tanggaard, 2012). I denne undersøkelsen er det benyttet en strategisk utvalgsstrategi, inklusjons- og eksklusjonskriteriene er gjort på bakgrunn i å finne deltakere som kan ha kunnskaper og erfaringer om fenomenet som undersøkes.

For å innhente beskrivelser av det tverrfaglige samarbeidet i primærhelsetjenesten rundt oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser

benyttes fokusgruppeintervjuer i to mellomstore kommuner i Nord-Norge. I denne sammenhengen menes mellomstore kommuner med innbyggertall mellom 8 000-12 000 personer. Hensikten med å gjennomføre rekrutteringen fra to kommuner er å innhente en bredde av erfaringer som ikke bare er lokal kultur fra én kommune. Det var også ønske om å velge utvalgskommuner som kunne bidra med relevant kunnskap for egen arbeidsplass med tanke på størrelse og organisering.

Populasjonen er helsepersonell ansatt i primærhelsetjenesten i mellomstore kommuner i Nord-Norge ansatt ved fysioterapi-, allmennlege-, psykisk helse- og rus- og hjemmetjenesten. Grunnen til ønske om deltakere fra de nevnte arbeidsstedene er at jeg anser disse avdelingene i kommunen som viktige samarbeidspartnere rundt oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos denne pasientgruppen. Det var et ønske om å intervju helsepersonell med ulike synspunkt og erfaringer til å belyse en variasjon og en tverrfaglighet og en variasjon med tanke på ansiennitet, alder og kjønn dersom det var mulig.

Inklusjonskriteriene var som følgende:

- Helsepersonell som arbeider innen avdelinger i kommunen: fysioterapi, psykisk helse, hjemmetjenesten og fastlegetjenesten
- Ansatt som lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, vernepleier eller helsefagarbeider
- Arbeidet minst ett år ved arbeidsstedet
- Erfaring med arbeid med personer med alvorlig psykisk lidelse (eks. psykoselidelser, bipolare lidelser og alvorlig depresjon)

Eksklusjonskriteriene var definert slik:

- Ikke helsepersonell
- Ikke erfaring med arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse
- Mindre enn ett års ansiennitet

Etter at studien var godkjent av Norsk senter for datasikkerhet ble det sendt ut informasjonsbrev om studien til kommunalsjefer i to mellomstore kommuner i Nord-Norge pr. epost. Brevet inneholdt informasjon om studien, vedlagt godkjenning fra NSD,

samtykkeskjema og kontaktinformasjon ved behov for ytterligere informasjon (se vedlegg 2, 3 og 5). Kommunalsjefene godtok at studien kunne gjennomføres i deres kommune, og videresendte informasjonen til enhetsledere, som igjen sendte det til aktuelle avdelingsledere. Avdelingslederne ble gjennom brevet oppfordret til å videreformidle informasjon om studien til ansatte som imøtekom inklusjonskriterien for studien. De ansatte ble oppfordret til å ta kontakt med meg på telefon eller epost dersom de ønsket mer informasjon eller ønsket å delta i studien. Grunnen til at rekrutteringen foregikk på denne måten var for at jeg ikke skulle påvirke utvelgelsen av deltakere, og for å ivareta potensielle deltakeres personvern.

Størrelsen på en fokusgruppe bør være mellom 6 og 12 deltakere (Morgen 1997 referert i Tjora, 2017, s. 124) men det er også foreslått mini-fokusgrupper på 3-4 deltakere (Krueger 1994, referert i Tjora, 2017, s. 124). Et mål med utvalgsstrategien for et fokusgruppeintervju er at fokusgruppen ikke bør være for homogen eller for heterogen, samt at størrelsen gir et trygt nok miljø til at deltakerne vil dele sine erfaringer, samtidig som ulike meninger kommer frem. Det er en anbefaling at intervjuene varer ca. mellom én og to timer (Tjora, 2017, s. 124). Det var et ønske å ha minst én og helst to fra hver av de nevnte arbeidsstedene og ha minimalt fem, maksimalt åtte deltakere. Tanken var å ha en gruppestørrelse hvor alle kunne komme til ordet og samtidig kunne fange opp erfaringer fra ulike arbeidssteder.

4.1.2 Valg av datainnsamlingsmetode

Helsepersonells erfaringer og tanker om praksis er innhentet gjennom fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervjuer kan egne seg godt for å produsere data om sosiale grupper, her helsepersonells, fortolkning, normer og samhandling (Halkier, 2010, s. 13). Fokusgruppeintervjuer kan kjennetegnes av kombinasjonen mellom gruppedynamikken og fokus på et emne mellom deltakerne (Halkier, 2010, s. 10). Sagt på en annen måte; interaksjonen er med på å generere data og det gir mulighet til at deltakerne kan få frem ulike aspekter av opplevelser av fenomener de alle kjenner til (Tjora, 2017, s. 124). På denne måten kan fokusgruppeintervjuer gi mulighet til å besvare problemstillingen, både gjennom fokus på emnet og generere ny viten gjennom samarbeidet mellom deltakerne. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med samme fokusgruppe i hver av de to kommunene. Det første fokusgruppeintervjuet tok sikte på å innhente deskriptive beskrivelser av hvordan helsepersonellet samarbeider rundt oppfølgingen av kardiometabolske

risikofaktorer hos denne pasientgruppen. I fokusgruppeintervju nummer to i begge kommunene fikk deltakerne se en oppsummering av fokusgruppeintervju nummer én for å kunne validere, supplere og kommentere hvordan de hadde beskrevet samarbeidet. I det andre fokusgruppeintervjuet var temaet hvordan de opplevde samarbeidet, og fokus på hvordan det eventuelt kunne forbedres. De samme fokusgruppeintervjuene ble gjort i to kommuner for å innhente en bredde av erfaringer, innen masteroppgavens rammer.

Intervjuguiden i første fokusgruppeintervju var bygget opp for å innhente informasjon om organisatoriske, relasjonelle, kontekstuelle og prosessuelle sider av samarbeidet, inspirert av litteratur av Scott Reeves om tverrfaglig teamarbeid (Reeves et al., 2010). SDI-metoden som er benyttet som analysemetode er induktivt empirisk drevet, men avviser ikke betydningen av teori (Tjora, 2018, s. 10). En målsetning med intervjuguiden var å få beskrivelser av hvordan deltakerne samarbeider rundt oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I første intervju ble det presentert en fiktiv kasuistikk for å innlede deltakerne på temaet. Eksemplet var at de skulle se for seg en mann i 30-årene med schizofreni som hadde fått utskrevet neuroleptika av en psykiater ved et DPS, som får oppfølging av fastlege, på grunn av overvekt får tilbud fra fysioterapitjenesten, hjemmetjenesten administrerer medisintil levering og personen har tilbud om samtaler sammen med psykisk helse- og rustjenesten i kommunen. Spørsmålene omhandlet blant annet opplevelser av oppgaver, roller, mandat, rutiner, med mere.

Ifølge Tjora (2017, s. 125) må man i fokusgruppeintervjuer være forberedt på å tidvis ha en aktiv styring for å holde tema og være tilbaketrukket for å la deltakerne diskutere seg imellom. I begge fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført intervjuer basert på semistrukturerte intervjuguider. At fokusgruppeintervjuene var semistrukturerte gjorde at det var mulighet å følge opp det deltakerne fortalte, og at det var mulighet for å endre intervjuguiden mellom intervjuene. Moderator har ansvar for å skape et sosialt rom, som bidrar til alle kan dele sine refleksjoner og meninger. Et mål er at alle kommer til ordet, slik at deltakerne kan uttrykke så mange forskjellige erfaringer som mulig (Halkier, 2010, s. 58). Min rolle ble derfor å både forsøke å styre samtalen slik at temaene i intervjuguiden ble belyst og samtidig lytte og la de ulike få slippe til ordet. Sammen med meg deltok en assisterende moderator som hadde erfaring med å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Den

assisterende moderatoren bidro med å lydfeste navn, skrev notater underveis og laget et kart over ordflyten i intervjuene.

4.2 Forskning i eget felt

Tjora (2017, s. 16) skriver at gode ideer gjerne oppstår fra et konkret problem, spørsmål eller fenomen som man blir nysgjerrig på, og at det er gjennom et teoretisk perspektiv at fenomenet blir et interessant forskningstema. Som sykepleier har jeg både erfaring fra å arbeide både i avdelinger som primært behandler somatiske tilstander og fra psykiatriske avdelinger. Jeg har arbeidserfaring både fra spesialisthelsetjenesten og fra primærhelsetjenesten. Temaet og problemstillingen er valgt på bakgrunn av at jeg selv har opplevd samarbeidet rundt den somatiske helsen til mennesker med alvorlig psykiske lidelser som utfordrende. Jeg er engasjert i å undersøke hvordan samarbeides oppleves og eventuelle forslag om forbedring. Fordelen med kjennskap til feltet kan være at det er enklere å få tilgang til feltet. Det kan også være en fordel at man har kjennskap til reelle utfordringer i praksis, som det kan ha en klinisk nytteverdi for brukerne å få mer kunnskap om.

Forskeren skal gjennom prosessen og i det ferdige produktet vise at man kan betvile og tenke gjennom egne fremgangsmåter og konklusjoner. Refleksivitet er en aktiv holdning, hvor forskeren utfordrer feltkunnskapen og fordommer man har med seg (Malterud, 2017, s. 19) Gadamer's beskrivelse av hermeneutikk omhandler at forståelsen er alltid basert på en forståelse av noe annet, en fordom. For en forståelse er fordommene en forutsetning. Vår forforståelse er knyttet til den forståelseshorisonten vi er sosialisert inn i. Forståelseshorisonten er en større helhet, som består av ulike erfaringer, holdninger og sosiale normer. Gadamer skriver at «Horisonten er snarere noe vi selv beveger oss inn i, og som beveger seg sammen med oss. Horisontene forskyver seg i forhold til den som beveger seg» (Gadamer, 2010, s. 343).

Ny kunnskap og forståelse underveis i arbeidet endrer min forståelseshorisont. Det er derfor viktig å være bevisst sin egen forståelseshorisont. Jeg har forsøkt å være min egen forståelse bevisst gjennom hele prosessen og vært åpen for å se andre mulige forståelser enn min egen. Før fokusgruppeintervjuene skrev jeg ned mine egne tanker om tematikken, slik at det ble tydeligere for meg hvilke fordommer jeg hadde. Jeg forsøkte under intervjuene å sette mine

egne antakelser litt i bakgrunnen for å være åpen for deltakernes forståelse. Selv om jeg har en viss nærhet til feltet har jeg ikke rekruttert deltakere fra egen avdeling og jeg har vært tydelig på min rolle som mastergradsstudent som gjennomfører en mindre forskningsstudie.

4.3 Forberedelser til fokusgruppeintervju

Etter at forskningsdesignet var avklart og litteratursøket var gjennomgått, før gjennomføring av intervjuene ble intervjuguiden utformet. To ulike intervjuguider ble utformet etter flere revideringer, ett til hvert av intervjuene i hver av kommunene. Det ble gjennomført prøveintervju med mine kollegaer for å få tilbakemeldinger på uklare spørsmålsstillinger og behov for forklaringer, samt teste lydopptakerutstyr. Der kom ideen om å gi en innføring i tema gjennom en kasuistikk frem.

En assisterende moderator fra en annen forskningsinstitusjon takket ja til å bistå i intervjuene. Komoderatoren har selv gjennomført fokusgruppeintervjuer. Hun er selv intensivsykepleier og synes oppfølgingen av den fysiske helsen til personer med alvorlig psykiske lidelser er et interessant tema. Vi gikk også sammen igjennom intervjuguiden, samt gjennomgang med veileder.

4.4 Godkjenning av studien

Studien er omfattet av personopplysningsloven, og var meldepliktig til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), da studien innebar innhenting av personopplysninger. NSD definerer personopplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til deltakerne i studien. Eksempler på slike opplysninger kan være navn på samtykkeskjemaer, lydopptak av stemmer og andre opplysninger i intervjuet som kan gjenkjennes (Norsk senter for forskningsdata (NSD)). Søknaden til NSD innebar prosjektbeskrivelsen inkludert intervjuguiden, informasjonsbrevet og samtykkeskjemaet. I søknaden fulgte det også en bekreftelse på at data blir behandlet konfidensielt, at deltakerne har gitt et informert samtykke, at samtykke trekkes tilbake, og at alle personopplysninger ble anonymisert og avidentifisert. Studien ble vurdert av NSD til at prosjektskissen tilfredstilte kravene fra personopplysningsloven. Godkjenningen fra NSD ble utsendt 23.10.19 (se vedlegg 5) og datainnsamlingen kunne begynne (Referansenummer: 210309).

Grunnet koronapandemien ble jeg beordret til andre arbeidsoppgaver, og mulighetene for å jobbe med masteroppgaven ble sterkt redusert. Jeg søkte om utsettelse til Norsk senter for datasikkerhet og prosjektperioden ble godkjent endret til 17.12.20.

4.5 Gjennomføring av datainnsamlingen

Datainnsamlingen kunne begynne etter at deltakere var rekruttert. Det ble sendt ut eposter til alle deltakere som tok kontakt og ønsket å delta i fokusgruppeintervjuet, med forespørsel om hvor og når det passet best for dem å delta på intervju. Alle de fire fokusgruppeintervjuene ble arrangert på kommunale møterom, som kan bookes av alle ansatte. Begge møterommene hadde blitt brukt noe mer av noen av profesjonene enn de andre, men ble oppfattet nokså nøytrale. Før selve fokusgruppeintervjuene startet var praten uformell, og det ble servert litt snacks og drikke. Et mål i intervjusituasjonen er å etablere en tillitsfull og fortrolig atmosfære (Thagaard, 2018, s. 99). Før lydopptakeren startet ble samtykkeskjemaet gjennomgått og igjen opplyst muntlig om mulighet for å trekke samtykket uten videre konsekvenser. De ble også påminnet at alle data ble behandlet konfidensielt og aidentifisert.

Deltakerne fikk vite litt om bakgrunnen for og hensikten med studien, blant annet informerte jeg kort om tidligere forskning på området som omhandlet kortere forventet levealder for denne pasientgruppen. Intensjonen med fokusgruppeintervju som metode ble også presentert. Det ble innledet med eksempel kasuistikken nevnt ovenfor. Begge de første intervjuene begynte med en introduksjonsrunde for å få en forståelse av hvem deltakerne er. Videre ble de oppfordret til å fortelle hvordan de samarbeider rundt denne gruppen mennesker i forhold til oppfølging av somatisk helse. Hvordan de samarbeider, hvordan de møtes, hvem som gjør hva, var tema. Jeg fulgte opp noe av det som ble sagt som jeg tenkte var relevant, i tillegg til oppklarende og utdypende spørsmål. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble ikke stilt direkte, da de allerede var besvart. Deltakerne snakket med hverandre, fulgte opp det de andre sa, og henvendte seg til hverandre. Mange tok ordet uoppfordret på tur, noen mindre meddelsomme og jeg henvendte meg da direkte til dem for å la alle komme til ordet. Jeg forsøkte å undersøke underveis om noen hadde andre synspunkter enn de presenterte.

Først ble fokusgruppeintervju nummer 1 gjennomført i en kommune, så fokusgruppeintervju nummer 1 i den andre kommunen, så fokusgruppeintervju nummer 2 i den første kommunen,

så fokusgruppeintervju nummer 2 i den andre kommunen. Dette fordi jeg ønsket å kunne revidere intervjuguide mellom intervjuene.

I andre fokusgruppeintervju i begge kommuner ble oppsummeringen og den foreløpige analysen som var utarbeidet mellom intervjuene presentert. Deltakerne fikk mulighet til å kommentere og supplere informasjon til den foreløpige oppsummeringen. Det ble også undersøkt om deltakerne kjente seg igjen i beskrivelsene av hva jeg oppfattet som innholdet i det første intervjuet, og på denne måten bidra til å validere innholdet. Videre ble det undersøkt hvilke tanker de hadde rundt det aktuelle samarbeidet, om det slik de vurderte det fantes forbedringsmuligheter, og i så fall hvilke.

Fra den ene kommunen hadde sju personer meldt sin interesse på forhånd: to fra fysioterapi, to fastleger, en fra hjemmetjenesten og to fra psykisk helse og rus. Ved første fokusgruppeintervju var det fem stykker som kunne delta: en fra fysioterapitjenesten, to fastleger, en fra hjemmetjenesten og en fra psykisk helse og rustjenesten. Ved oppfølgende fokusgruppeintervju var det en som ikke fikk anledning til å møte, og det var da fire som møtte. Fra den andre kommunen var det sju som hadde sagt at de ønsket å delta på intervju: to fra fysioterapi, to fra psykisk helse og rus, en fastlege og to fra hjemmetjenesten. På intervjudagen kunne fire møte: en fra fysioterapitjenesten, en fra psykisk helse, to fra hjemmetjenesten. Årsakene til forfall i begge kommunene var flere, andre hendelser som måtte prioriteres på jobb, sykdom, sykt barn og ferieavvikling.

I ett intervju forlot en deltaker tidligere, vi ble enige om å fortsette litt til, den som forlot synes det var greit. Alle ble takket for deres deltakelse i fokusgruppeintervjuene. Alle fire fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i tidsperioden desember 2019 til januar 2020. Intervjuene hadde en varighet mellom 47 og 69 minutter, totalt 244 minutter.

4.6 Forberedelse av analyse

Direkte etter intervjuene skrev jeg ned mine tanker om intervjuet og innholdet, samt observasjoner som jeg gjorde i et refleksjonsnotat. Etter første intervju drøftet jeg intervjuet direkte med komoderator, dette ble vi enige om å avvente med til etter at jeg hadde skrevet ned mine umiddelbare tanker til de neste intervjuene. Jeg lyttet gjennom lydopptakene og

skrev ned notater og sitater jeg tenkte kunne bli viktige. Tjora kaller slike elementer som kan oppstå under datagenereringen, eller under kodingen, for empirisk-analytiske referansepunkter, som kan skape analytiske idéer (Tjora, 2018, s. 46-47).

Intervjuene måtte transkriberes fra muntlig til skriftlig form, for å kunne være bedre egnet for analyse. Transkriberingsmetoden ble valgt på bakgrunn av formålet med undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 206). Transkriberingen startet ved andre gjennomlytting, og hvert fokusgruppeintervju ble transkribert etter det var gjennomført og før det neste ble gjennomført. Intensjonen med å fortløpende lytte til intervjuene og transkribere var å få muligheten til å eventuelt justere intervjuguiden. Fokusgruppeintervjuene ble påbegynt transkribert samme dag og ble gjort de påfølgende dagene. Intervjuene ble transkribert verbatim. Alle ord ble tatt med, utenom ord som kunne bryte anonymiteten, eksempelvis navn på andre deltakere og stedsnavn. Pauser og latter ble markert. Intervjuene ble transkribert til bokmål, selv om intervjudeltakerne hadde ulike dialekter, noe som kan bidra til aidentifisering og anonymisering. Avstanden til hver enkelt informant ble større og det ble enklere å arbeide videre med rådataene og kodene (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213-214). For å enklere gjenkjenne hvem som sa hva fikk hver deltaker, moderator og komoderator egne fargekoder i datahåndteringsprogrammet for å lettere skille teksten.

Jeg benyttet et lydprogram (VLC Media Player), som ikke er tilkoblet internett, for å kunne lytte gjennom lydopptaket på lavere hastighet og med mulighet for å bruke en fotpedal (VideoLAN). Jeg hadde hele transkriberingen foran meg mens jeg lyttet gjennom lydopptaket for å rette eventuelle feil, for å styrke transkripsjonens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 211). Deltakerne fikk ulike pseudonymer (deltaker 1-9) for å ivareta personvern og krav til konfidensialitet (Thagaard, 2018, s. 24) . Opptakene ble umiddelbart etter gjennomført intervju overflyttet på kryptert minnepenn og ble slettet fra lydopptaker (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213). Egne notater fra intervjuene og notater i etterkant av intervjuene ble lagret på kryptert Word-fil som var passordbeskyttet også for å ivareta konfidensialiteten.

4.7 Valg av analysemetode og analyseprosessen

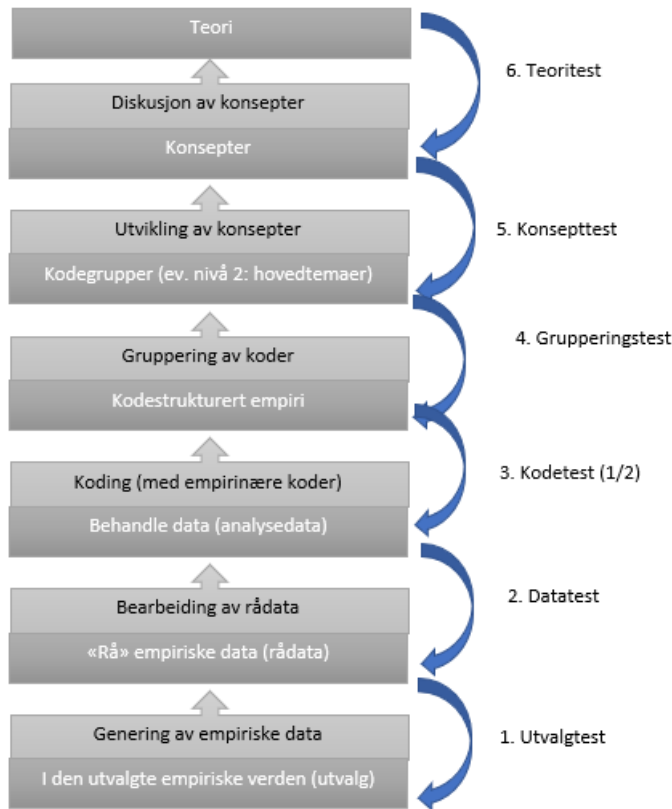
«Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer» skriver Kvale & Brinkmann (2017, s. 219). Det finnes mange måter å forsøke å forstå og systematisere informasjonen fra

deltakerne. Denne studien er inspirert av en analysemetode kalt stegvis-deduktiv induktiv (SDI) metode. Den er utviklet av den norske sosiologen Aksel Tjora. SDI-metoden er basert på fire sosiologiske prinsipper: symbolsk interaksjonisme, etnometodologi, fenomenologi og sosialkonstruktivisme (Tjora, 2017, s. 28). Metoden er basert på forskningstradisjonen Grounded Theory utviklet av Strauss, Glaser, Corbin med flere. SDI-metoden har en teoretisk motivasjon og går stegvis til verks i analysemetoden. Tjoras SDI-modell er induktivt empirisk drevet, spesielt i første fase, men den avviser ikke betydningen av teori (Tjora, 2017, s. 21). Analysemetoden ivaretar empirien, da den forutsetter at kodingen er basert på hva deltakerne har sagt, fremfor hva de snakker om (Tjora, 2017, s. 197). Metoden er abduktiv, og veksler mellom induksjon og deduksjon gjennom ulike faser i analysen. Analysemetoden ble valgt da den kan være egnet for mindre studier som denne masteroppgaven (Tjora, 2017, s. 20). Som helt fersk i å gjennomføre en slik studie var det også nyttig for meg å ha en godt beskrevet metode, som kunne følges nokså stringent. Analysemetoden var valgt før intervjuene ble påbegynt, og fikk derfor betydning for intervjuguide, intervjuprosessen og transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 216).

Ved bruk av stegvis deduktiv-induktiv metode anbefaler Tjora (2018, s. 10) at en benytter spesielle dataprogrammer for å assistere kvalitativ analyse. Dataprogrammet er kun et hjelpemiddel for systematikk og er alene ingen garanti for sikker viten. Jeg har derfor benyttet dataprogrammet NVivo 12 som elektronisk analyseverktøy, for å kunne bidra til analytisk transparens, for å få frem sammenheng mellom data, koder og videre analyse (Alfasoft, 2020).

Stegvis-deduktiv induktiv metode baserer seg på ulike etapper fra rådata til konsepter (Tjora, 2017, s. 18). Forfatteren viser til en «oppadgående» induktiv prosess, hvor man går fra hva deltakerne sier og jobber fra data mot relevant teori, mens man kontrollerer prosessen underveis med «nedadgående» tilbakekoblinger som er mer deduktive. Modellen kan sees på som nokså lineær, men det er den ikke i virkeligheten, da man hele tiden må justere prosessen underveis. Den «oppadgående prosessen» går fra å frembringe empiriske data i fokusgruppeintervjuet, til å ha og bearbeide rådata, videre til å behandle analysedata med å etablere empirinære koder, videre til å gruppere disse kodene, videre til å bruke kodegruppene til å utvikle konsepter og videre diskutere konseptene og bruke teori for å til slutt etablere ny

teori. Modellen er basert på at man kontrollerer prosessene underveis ved å gjøre ulike tester underveis: utvalgstest, datatest, kodetest, grupperingstest og konsepttest. Analysemetoden illustreres av figuren nedenfor:



Figur 1: Tjora (2017, side 19). Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI)

Ferdig transkribering innebar 40 545 ord, inkludert hvilken deltaker som har ordet. Jeg startet med å kode fokusgruppeintervju én og tre som hadde samme intervjuguide. Her ble noen av kodene generert i kodingen fra intervju én benyttet ved koding av intervju nummer tre. Videre ble intervju nummer to og så fire kodet. Setning for setning ble gjennomgått og tildelt koder. Noen setninger inneholdt flere koder. Kodene var basert på hva deltakerne sa, empirinært, og altså ikke hva de snakket om. Målet med en slik koding er ifølge Tjora (2017, s. 197) å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, redusere materialets volum og legge til dette for å skape ideer på bakgrunn av detaljer i empirien. Et «tomt hode» er ikke praktisk mulig, men finlest empirisk koding kan bidra til en induktiv førstefase. Kodene ble testet ved å stille spørsmålet om koden kunne vært laget før kodingen, dersom den ikke kunne vært det, ble neste spørsmål stilt: hva forteller bare koden? Dersom koden gjenspeiler det som det ble

snakket om, men ikke det som ble sagt ble en ny kode laget, i tråd med modellen til Tjora (2018, s. 46). Allerede underveis i fokusgruppeintervjuene og ved gjennomlytting og koding var det noen temaer som fanget min oppmerksomhet som relevante. Tjora (2017, s. 202) omtaler slike elementer som forskeren oppdager enten gjennom observasjon eller som en leser i løpet av kodingen for empirisk-analytiske referansepunkter. Dataprogrammet bidro med en kobling mellom transkriberingen og kodene, jeg la også inn notater knyttet til slike empirisk-analytiske referansepunkter. Etter koding fra alle fire fokusgruppeintervjuene gjenstod 1832 koder.

Videre ble kodene plassert i kodegrupper som også fikk nokså empirinære titler, men som ble mer overordnede temaer, med felles innholdsmessig sammenheng. Kodegruppene er laget med utgangspunkt i empirien, men har også teoretisk inspirerte interesser (Tjora, 2017, s. 211). Kodene som ikke ble vurdert av meg som relevante for å besvare problemstillingen ble plassert i en restgruppe (Tjora, 2018, s. 50). Titlene på kodegruppene ble endret mange ganger gjennom analyseprosessen, og kodene ble flyttet flere ganger mellom ulike kodegrupper. Dersom en kode ikke kunne plasseres i en kodegruppe ble det opprettet en ny gruppe, slik at de ulike kodegruppene hadde en indre konsistens og samtidig skilte seg fra de andre kodegruppene (Tjora, 2018, s. 51).

Kodegruppene ble så gjennomgått og sammen med relevant teori i bakhodet, som blant annet nevnt i teorikapittelet i denne teksten, spurte jeg meg: «Hva handler dette om?» for å begripe mer av meningen bak utsagnene. I følge Tjora (2017, s. 211) skal man på dette stadiet gjøre en konsepttest som handler om å undersøke om det finnes en mer generell merkelapp på dette fenomenet og om det finnes teoretiske bidrag som allerede omtaler fenomenet eller som er relevant. De fem konseptene som ble jobbet frem i denne studien er: arenaer for samarbeid og informasjonsdeling, rutiner og systemer, roller i det tverrfaglige samarbeidet, oppmerksomhet på somatisk helse hos personer med alvorlige psykiske lidelser, brukerperspektivet i samarbeidet. Innholdet i NVivo ble til slutt overført til en Word-fil og ble gjennomgått i sin helhet.

Hva som skal til for at noe kan kalles en teori er omdiskutert, Tjora viser til Karl Poppers falsifikasjonskriterium som kan benyttes for å forstå hva en teori er. Teoritesten i SDI-

metoden er formulert følgende «For at et konsept skal ta status som teori, må det være falsifiserbart og prøvbart.» (Tjora, 2017, s. 225). I denne studien er det ikke oppnådd det øverste nivået i denne modellen som er teoriutvikling. Tjora (2017, s. 225) skriver at selv om man har en teoretisk ambisjon og ikke kommer lengre enn til konsepter kan dette likevel trygt ansees som legitime resultater.

På grunn av koronapandemien og beordring til annet arbeid, ble den påstartede analysen lagt bort og gjenopptatt høsten 2020. Transkriberingene ble da gjennomlest på nytt i sin helhet og kategoriseringen og konseptutviklingen fortsatte.

Tabell 1: Eksempler fra analysen ved bruk av SDI-metoden

Rådata	Kode	Kodegruppe	Konsept
Hva ble faktisk sagt?	Empirinær kode. Hva sier deltakerne - i kortform?	Samle koder med tematisk sammenheng	Hva handler dette om? Generell merkelapp basert på teori
Deltaker 7: «At vi skulle ha hatt hvert fall et fast der vi ser at vi får en pasient som vi vet har to tjenester kanskje flere har, at vi skulle hatt fast på agendaen at da møtes vi også skal vi snakke om skal vi ha sånne type møter eller skal vi ikke ha det, og hva skal disse møtene i så fall inneholde.»	Ved to tjenester skulle vi hatt fast på agendaen at da møtes vi	Faste møtepunkter	Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling
Deltaker 6: «Det er bare at man må liksom da lage, altså retningslinjer og litt system, for at det kan jo ikke bli sånn at vi gjør det sånn nå også, altså på den, men ikke på den, vi må liksom ha litt mer sånn satt ting i system.»	Lage retningslinjer og system	Retningslinjer og rutiner	Rutiner og systemer
Deltaker 9: «Det er vel det som går igjen det her, det her med at usikkerhet, at ikke rollen er klarert på ting, egentlig i alle gruppene»	Ikke rollen er klarert	Roller – ansvar og funksjon	Rolleavklaring
Deltaker 8: «Men det hadde vært godt om det kom litt ovenfra at det her skal satses på, ja, at vi satser på det og at det, for det er jo en gruppe som forsvinner, for det er ikke målbart, deres problemer, så mye som ja.»	Godt om satsingen kom ovenfra	Satsning på somatisk helse	Oppmerksomhet på somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse
Deltaker 7: «Den her brukeren må jo ha noe å si om det hvis det handler om den personen i iallfall.»	Brukeren må ha noe å si (om møtene)	Brukerens autonomi	Brukerperspektivet i samarbeidet

4.8 Metodiske og forskningsetiske betraktninger

4.8.1 Metodekritikk

Jeg har gjennom denne teksten og i artikkelen forsøkt å være transparent og redelig fremstille hele forskningsprosjektet, slik at utenforstående kan vurdere forskningsprosessen trinn for trinn (Thagaard, 2018, s. 188). Studiens pålitelighet vurderes ut fra i hvor stor grad studien har en intern logikk eller sammenheng gjennom hele studien. Å bruke en anerkjent analysemetode kan bidra til studiens pålitelighet. (Tjora, 2017, s. 231). Redegjørelse av forkunnskap og posisjon er også med på å synliggjøre studiens pålitelighet (Thagaard, 2018, s. 188). Dette er blant annet er belyst i kapittel 4.2 om forskning i eget felt. Alternative metoder for å undersøke hva de faktisk gjorde i samarbeidet kunne vært en observasjonsstudier eller eksempelvis en litteraturstudie fra journaler. Individuelle intervjuer kunne gitt en annen dybde, men kanskje ikke fått frem interaksjonen mellom samarbeidspartnerne.

Gyldighet handler om det er en logisk sammenheng mellom hvordan studien er utformet og de resultater som fremstilles og om man finner svar på de spørsmålene man har stilt (Tjora, 2017, s. 231). Det styrker validiteten å gå kritisk gjennom analyseprosessen og være kritisk til hvilke tolkninger som blir gjort og forsøke å se etter alternative tolkninger (Thagaard, 2018, s. 189). Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk på litteraturen jeg har lest, gjennom analyseprosessen og i drøftingen av resultater.

Om forskningen som er utført er relevant utover de enhetene som er undersøkt handler om studiens generaliserbarhet (Tjora, 2017, s. 231). Thagaard (2018, s. 193) viser til Mason (2018:243) og skriver at tolkningen av resultatene skal gi grunnlag for overførbarhet, ikke beskrivelser av mønstre en finner i dataene. Studien baserer seg på et lite utvalg, og skal gi en forståelse av hvordan deltakerne i denne studien opplever og beskriver tverrfaglig samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse. En skal være forsiktig med å gi studien for stor overføringsverdi, samtidig er resultatene i tråd med flere andre studier.

4.8.2 Forskningsetiske overveielser

Kvale & Brinkmann (2017, s. 95-97) viser til at etiske spørsmål er integrert i alle fasene av en intervjuundersøkelse gjennom syv ulike etiske problemstillinger: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. I denne studien er temaet valgt ikke bare av vitenskapelig nysgjerrighet, men som mål å kunne ha en praktisk forbedring av den menneskelige situasjonen som utforskes: tverrfaglig samarbeid rundt oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Intervjustudien ble planlagt gjennom å sikre at deltakernes informerte samtykke ble innhentet, med informasjon om mulighet til å trekke samtykket uten konsekvenser både skriftlig og muntlig, samt informasjon om hvordan konfidensialitet ble ivaretatt. Deltakerne fikk også presentert informasjon om hensikt med studien på en ærlig og tydelig måte.

Under selve intervjusituasjonen ble etiske hensyn som at det skulle oppleves som greit å delta i studien med tanke på at deltakerne fikk fortelle og alle komme til ordet i en avslappet atmosfære. Det ble også åpnet for at deltakerne kunne si noe om hvordan de opplevde å delta i intervjuene. En etisk overveielse ved å ha fokusgrupper med ulike profesjoner fra ulike arbeidssteder er hvordan eventuelt maktbalansen ble opplevd. Jeg forsøkte å understreke at alles erfaringer og tanker var relevante, da de representerte sitt arbeidsted og at det var de ulikes erfaringer som var nyttig kunnskap. Under behandling av rådata og transkribering ble også konfidensialitetshensynet ivaretatt, og transkripsjonen var lojal ovenfor det deltakerne faktisk hadde sagt. Deltakerne fikk mulighet til å validere det første intervjuet og under analysene var det innledende prosessen induktiv for å analysere nært på det deltakerne faktisk hadde sagt, utenfor stor tolkning fra min side. Jeg forsøkte også å sjekke ut underveis i intervjuet om jeg hadde forstått uttalelsene slik de var ment, ved utdypende og bekreftende spørsmål. Det at det kun er en person som har gjennomført analysene, med støtte fra veileder, kan være en svakhet ved studien. En styrke er likevel at komoderator deltok under intervjuene, at de ble tatt opp på lydopptak og at de ble transkribert ordrett og kontrollert ved gjennomlytting. Både før og under intervjusituasjonen, og i presentasjon av resultatene, har jeg forsøkt å være tydelig på min rolle som forsker i denne sammenhengen, og min forforståelse. I analyseprosessen har jeg forsøkt å legge frem dataene på en sannferdig måte, med respekt for deltakernes kunnskap.

En annen forskningsetisk overveielse som er relevant i denne studien er måten personer med alvorlig psykiske lidelser blir omtalt. Det er ikke slik at det er ensbetydende med å ha en av de diagnosene, som her omtales som alvorlig psykisk lidelse, at en ikke kan ivareta sin egen helse. Personer med de nevnte lidelsene er ikke en lik gruppe mennesker. Det er alltid en risiko med å sette merkelapper på mennesker, slik diagnoser kan gjøre, som gjør at vi blir mindre oppmerksomme på mennesket bak diagnosen, med alle sine forskjelligheter.

5 Diskusjon av hovedfunn i lys av relevant teori og empiri

I det følgende kapittelet vil empirien presentert i resultatkapittelet i artikkelen drøftes opp mot teori og tidligere forskning på feltet. Se også artikkelen for drøftingen der. Dette kapittelet tar for seg styrker og begrensinger ved studien. Videre inndeles kapittelet på samme måte som resultatkapittelet i artikkelen er fremstilt. De fem konseptene er: arenaer for samarbeid og informasjonsdeling, rutiner og systemer, rolleavklaring, oppmerksomhet på somatisk helse og brukerperspektivet i samarbeidet.

5.1 Styrker og begrensninger ved studien

Studien inkluderte et lite utvalg med 9 personer fra kun to kommuner. Flere mulige deltakere kunne ikke delta av ulike årsaker, tilgang på feltet kunne derfor vært annerledes, eksempelvis ved fastsatte tidspunkt for intervju. En av faggruppene i inklusjonskriteriene deltok ikke i den ene fokusgruppen, som kunne vært en svakhet. En svakhet ved fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode er at det ble mindre plass til hver enkelt deltaker å kunne bringe inn sine erfaringer. Det kan også tenkes at fokusgruppene hadde en skeiv maktbalanse, da noen av deltakerne var flere fra samme yrkesgruppe og det kan ha vært ulike maktposisjoner i rommet. Moderator kan ha vært for styrende eller for lite styrende, og intervjuguiden ble ikke fullstendig fulgt og kan ha vært for omfattende. Teori om hva som hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid var også basert på tettere samarbeid og teamarbeid, enn deltakerne hadde. Metoden med to fokusgruppeintervjuer med hver av fokusgruppene er en lite teoretisk beskrevet metode, men ble valgt for at studien skulle få mest mulig implikasjoner for praksis. Det var i min interesse å finne ut av dette fenomenet for å kunne benytte kunnskapen til å

gjøre et eventuelt forbedringsarbeid, dersom det viste seg at deltakerne opplevde samarbeidet som suboptimalt.

Analyse av første intervju kan ha vært lagt frem for deltakerne for tidlig og en alternativ fremgangsmåte kunne vært å presentere en ferdig analyse av intervjuet. På grunn av studiens lengde ble det valgt å presentere en midlertidig analyse for validering og som utgangspunkt for intervju nummer to. Det var også ønske om å ha fokus på forbedring, fremfor kun barrierer og potensiell kritikk av andre faggrupper.

5.2 Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling

Tverrfaglig samarbeid forutsetter en nærhet i tid og rom mellom samarbeidspartnerne (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Deltakerne i studien beskrev at de hadde ulike samarbeid med hverandre. De interagerer hovedsakelig gjennom enkeltsaker og da gjennom ansvarsgruppemøter og elektroniske meldinger, og delvis ved bruk av individuell plan. Faste møtearenaer var veldig sporadiske, og de eksisterende faste møtepunktene inkluderte kun noen av faggruppene. Lauvås & Lauvås (2004, s. 53) peker på at formålet med tverrfaglig samarbeid er å sikre faglig kvalitet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt. Et mål er også utviklingen av et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen hvert av de bidragende fagene. Dette kan være utfordrende å få til dersom samarbeidsarenaene er få og sporadiske. Det kom frem i studien at deltakerne opplevde det som nyttig å møtes til intervju og ønsket å få etablert faste møtepunkter for å dele informasjon og bli kjent. Dersom samarbeidspartnerne har få felles plattformer er det mulig at samarbeidet blir mer flerfaglig enn tverrfaglig, for å bruke begreper bruk av Larsen (1994). En risiko er da et samarbeidet mister noe av helhetstenkningen. Flere felles møtepunkter kan bidra til å begrense opplevelsen av å ikke ha informasjon, som kan virke hemmende for det tverrfaglige samarbeidet.

5.3 Rutiner og systemer

Deltakerne beskrev få rutiner for oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykiske lidelser og få rutiner for samarbeidet rundt oppfølgingen. Som forslag til forbedring foreslo de å benytte allerede eksisterende samarbeidsrutiner også for dette arbeidet og ønsket sjekklistor eller lignende som kunne påminne om kardiometabolske risikofaktorer. Både

Samhandlingsreformen og flere andre nasjonale føringer anbefaler samhandlingsrutiner også internt i kommunen for å sikre helhetlige og sammenhengende helsetjenester (St.meld. nr. 47, 2009). I Reeves et al. (2010) modell er også rutiner en faktor som kan fremme tverrfaglig samarbeid. Det kan være rimelig å anta at rutiner kan bidra til å redusere usikkerhet rundt hvordan samarbeidet rundt oppfølging av somatiske helse skal gjennomføres.

5.4 Rolleavklaring

Noen av deltakerne vektla uavklarte forventninger til egen og andres roller som et fenomen som kan hemme det tverrfaglige samarbeidet, og motsatt at tiltak for å klargjøre roller kan fremme samarbeidet. Lauvås og Lauvås skriver at en rolle kan forstås som et sett med forventninger knyttet til en funksjon eller stilling, som forutsetter en posisjon og rollespesifikk atferd. Rolleforventninger kan stamme fra omgivelsene, men også fra rolle innehaveren. Det nærmere interaksjonen er, desto klarere er forventningene. Vi er ikke alltid klar over egne rolleforventninger, men kan bli oppmerksom på disse dersom de ikke harmonerer (Lauvås & Lauvås, 2004).

Oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykiske lidelser er en kompleks oppgave. Økt kompleksitet stiller krav om tverrfaglig samarbeid, som igjen forutsetter bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver (Willumsen, 2016). Kunnskap om hverandres roller og ferdigheter er både en relasjonell og prosessuell fasilitator for samarbeid (Sørensen, 2018). I van Hassel et al. studie oppnådde pasienter, pårørende, fastleger og psykisk helsearbeidere konsensus om hvordan rollene til fastleger og psykisk helsearbeidere kunne defineres og ansvaret i oppfølgingen av den somatiske helsen kunne fordeles for å bedre det tverrfaglige samarbeidet (van Hasselt, Oud & Loonen, 2015). Deltakerne i studien oppga at de hadde lite kunnskap om hverandres roller. Ulik kompetanse, interesser, sosiale- og kulturelle tradisjoner kan gi utfordringer i et tverrfaglig samarbeid (Ingstad & Keeping, 2019). Deltakernes forslag i denne studien om jevnlig møter for å bli kjent med hverandres roller, begrensninger og ansvar kan tenkes å være et tiltak for å bedre det tverrfaglige samarbeidet.

5.5 Oppmerksomhet på somatisk helse

Flere av deltakerne var overrasket over den gjennomsnittlige sannsynlige kortere levetiden hos personer med alvorlig psykiske lidelser. De ulike profesjonene nevnte tiltak de gjorde for

å avdekke somatisk risiko, og tiltak for å redusere risiko, men mange beskrev at dette ble gjort på en tilfeldig måte. Studier viser at det er behov for mer kunnskap hos helsepersonell om spesifikke risikofaktorer for dårligere somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse (van Hasselt, Oud & Loonen, 2015). Flere i fokusgruppen uttalte også at økt kunnskap gir trygghet, både om psykiske lidelser og om oppfølging av somatisk helse. Satsning på somatisk helse hos denne brukergruppen er som nevnt beskrevet i flere internasjonale og nasjonale retningslinjer. Pakkeforløp innen psykisk helse inkluderer også ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. For oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer er algoritmen «Hjertefrisk» anbefalt, også i samarbeid med fastlege (Helsedirektoratet, 2018a). En slik rutine kan være til støtte for også ansatte i primærhelsetjenesten for å bli kjent med hvilke risikofaktorer som bør følges opp.

Forutsetning for tverrfaglig samarbeid er ledelse, verdigrunnlag, samarbeidskompetanse, plan for opplæring, kunnskap og ferdigheter (Glavin & Erdal, 2018). Ut fra dette og øvrig nevnt teori kan man forstå at også fagspesifikk kunnskap og felles kunnskap er nyttig for å samarbeide rundt oppfølging av somatisk helse. Som nevnt i teorikapittelet er det ulike kardiometabolske risikofaktorer som kan svekke helsen, samt ulike faktorer som gjør at det kan være utfordrende for mennesker med alvorlig psykiske lidelser å følge opp helsen deres. Det er derfor viktig at helsepersonell er kjent med hvordan den somatiske helsen kan forbedres, da det både kan gi bedre kvalitativ helsehjelp til de som mottar hjelp og økt trygghet blant helsepersonell.

Manglende satsning på feltet kan forstås på flere måter. Studier viser at brukergruppen har mindre tilgang på helsehjelp (Li et al., 2011). De beskriver også å oppleve stigmatisering (Corker et al., 2016). Forebygging eller oppfølging av kardiometabolsk risiko eller av livsstilssykdommer krever satsning i kommunene og kompetanseheving. Sykdommer og tilstander med rask, konkret og invasiv behandling prioriteres fremfor helsefremmende og forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2018b).

5.6 Brukerperspektivet i samarbeidet

Brukerperspektivet i det tverrfaglige samarbeidet ble belyst på ulike måter i studien. Deltakerne pekte på hvordan brukernes autonomi var viktig å ivareta og samtidig kunne

begrense helsehjelpen, dersom brukeren ikke var motivert for hjelp. De tematiserte også hvordan relasjonen til brukeren opplevdes som viktig for samarbeidet. Kompleksiteten rundt brukergruppen ble også lagt frem som en viktig faktor i samarbeidet rundt oppfølging av somatisk helse. En viktig verdi i helsetjenestene er at helsehjelpen er basert på brukerens ønske, med mulighet for å kunne medvirke i helsehjelpen. Brukermedvirkning har også en egenverdi og en terapeutisk verdi (Helsedirektoratet, 2017). Liu et al. (2017) studie viser til flere faktorer som kan gjøre det utfordrende for mennesker med alvorlig psykiske lidelser å være delaktig i møte med helsevesenet, som lavere tilgang til tjenester, dårlig koordinering av tjenestene, faktorer knyttet til lidelsen, lite informasjon om helsevesenet og stigmatisering for å nevne noen. Ut fra deltakernes bidrag og nevnte teori vurderes det som særlig viktig at denne brukergruppen mottar støtte for å kunne være delaktig i sitt eget liv, selv om motivasjonen kan være vikarierende.

5.7 De ulike konseptene sett i sammenheng

Reeves et. al. perspektiv på tverrfaglig samarbeid tilbyr ulike nivå av teoretisk forståelse fra mikro- til makroteoretiske perspektiv (Reeves et al., 2010, s. 79). Det er mulig å se på de enkelte faktorene fra ulike teoristandpunkt, eksempelvis roller i et sosialpsykologisk- eller et profesjonsperspektiv. Avdekking og tiltak ved kardiometabolske risikofaktorer er et folkehelseproblem, som også regnes som et gjenstridig problem (Arnett, 2012). Det er altså to komplekse systemer som møtes, tverrfaglig samarbeid i helsetjenestene og tiltak for å oppdage og ivareta kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykiske lidelser.

I tillegg til å se disse ulike faktorene hver for seg kan det være nyttig å se på dem samlet. Det kan være et relevant perspektiv å se på hvordan disse ulike konseptene interagerer og kan forsterke hverandre enten hemmende eller fremmende. Vik (2018) viser til Luhmann (1982) og hans begrep funksjonell differensiering, som kan forstås som at det moderne samfunnet består av en rekke autonome systemer. Vik hevder at dette begrepet kan bidra med kritikk mot samhandlingsreformens fokus på helhet, og at hvert system forstår hva som er helheten forskjellig. Generell systemteori og økologisk systemteori kan være et nyttig bidrag for å forstå hvordan ulike deler kan påvirke hverandre (Bronfenbrenner, 1996; Jensen, 1994). En hypotese kan være at det kan nytte å gjøre forbedringsarbeid på ett område, som vil få

positive ringvirkninger til andre områder. Eksempelvis kan kanskje økt oppmerksomhet på somatisk helse hos denne gruppen gi økt behov for rutiner. Eller så kan faste møtepunkter gi rom for tydeligere avklaring av roller og gi mulighet for kompetansedeling og felles forståelse.

5.8 Mulige implikasjoner for praksis og videre forskning

Både tverrfaglig samarbeid og oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse er mangefasetterte prosesser som kan forstås på mange ulike måter. Økt dødelighet og sykkelighet er et faktum hos denne brukergruppen og er et etisk dilemma i dagens helsevesen. Det er et stort behov for å begrense denne skjevheten snarlig. Studien er begrenset med peker på at kardiometabolske risikofaktorer bør adresseres mer systematisk av ulike aktører i primærhelsetjenesten, da det i dag beskrives som å være preget av lite systematikk og mye tilfeldighet. Økt satsning på tiltak for å bedre den somatiske helsen til personer med alvorlig psykisk lidelse er allerede igangsatt både internasjonalt og nasjonalt, men det bør rettes søkelys på hvordan dette implementeres i primærhelsetjenesten. Lokalt og mulig regionalt ønsker jeg at denne studien kan benyttes for å øke søkelys på problemstillingen og være et bidrag til videre forbedringsarbeid. Det kan også tenkes at resultatene kan ha overføringsverdi til oppfølging av andre personer enn bare personer med alvorlig psykiske lidelser.

Jeg finner få studier på hvordan dette problemet kan møtes i primærhelsetjenesten i Norge. Studien ansees som eksplorerende, og det bør gjøres flere studier på området med et bredere utvalg og et bedre design. Videre forskning bør se nærmere på hvordan best mulig avdekke risiko og iverksette tiltak for å redusere denne alarmerende høye dødeligheten i primærhelsetjenesten. Det bør også undersøkes hvordan brukerne opplever oppfølgingen som tilbys i dag og på hvilken måte de tenker denne utfordringen kan møtes.

6 Avsluttende kommentarer

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene beskrev oppfølgingen av kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlige psykiske lidelser som i stor grad preget av tilfeldighet, og uttrykte et ønske om forbedringsarbeid på området. Behov for avklaring av

samarbeidsmåter, roller, rutiner, økt kunnskap og brukerens rolle i samarbeidet ble trukket frem som viktige faktorer. De ulike faktorene kan belyses hver for seg eller sees på i en større sammenheng.

Det er mye denne studien ikke går i dybden på, det kan derfor vært interessant å få mer inngående kunnskap om betydning av hver av de enkelte hemmende og fremmende faktorene i samarbeidet rundt studiens tema. Det kunne også vært interessant og undersøkt videre hvordan disse faktorene påvirker hverandre og om man andre steder ville funnet andre relevante faktorer. Studien har implikasjon for praksis ved at den gir kunnskap om hvordan helsepersonell i primærhelsetjenesten samarbeider og hvilke faktorer som hemmer samarbeid og hva som kan bedre samarbeid. Lokalt er det nyttig å kjenne til disse barrierene for å kunne iverksette tiltak for å redusere økt sykkelighet og dødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

Referanseliste

- Alfasoft. (2020). *What is NVIVO?* Tilgjengelig fra: <https://www.alfasoft.com/no/produkter/statistikk-og-analyse/nvivo.html> [Lest 26.10.20].
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23. 10.1037/h0095655.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18. 10.1093/heapro/11.1.11.
- Arnett, D. K. (2012). Wicked Problems and Worthy Pursuits. *Circulation*, 125 (21), 2554-2556. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.107813.
- Asker kommune. (2019). *Samarbeid for å nå målene – utvikling av medborgerskap i nye Asker - Oppspill til ramme for forståelse av samskaping og medborgerskap.* Tilgjengelig fra: <https://www.nyeasker.no/globalassets/nye-asker-kommune/dokumenter/notater-og-presentasjoner---nye-asker/felles-k-styremote/20190205-felles-kst---utvikling-av-medborgerskap-i-nye-asker.pdf> [Lest 22.10.20].
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. 7. utg. New York: Oxford University Press.
- Brek, Å. (2016). Profesjonsbygging og avtalt samarbeid I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. 2. utg. s. 53-78. Oslo: Universitetsforlaget
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Kvalitative metoder en grundbog. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48 (3), 297-306. 10.1093/sw/48.3.297.
- Cook, B. L. et al. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *Jama*, 311 (2), 172-82. 10.1001/jama.2013.284985.
- Corker, E. et al. (2016). Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008-2014. *Acta Psychiatr Scand*, 134 Suppl 446 (Suppl Suppl 446), 6-13. 10.1111/acps.12610.
- Correll, C. U., Lencz, T. & Malhotra, A. K. (2011). Antipsychotic drugs and obesity. *Trends in Molecular Medicine*, 17 (2), 97-107. 10.1016/j.molmed.2010.10.010.

- Correll, C. U. et al. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16 (2), 163-180. 10.1002/wps.20420.
- Crump, C. et al. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 170 (3), 324-333. 10.1176/appi.ajp.2012.12050599.
- Cuijpers, P. et al. (2014). Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *Am J Psychiatry*, 171 (4), 453-462. 10.1176/appi.ajp.2013.13030325.
- Curtis, J., Newall, H. D. & Samaras, K. (2012). The heart of the matter: cardiometabolic care in youth with psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 6 (3), 347-53. 10.1111/j.1751-7893.2011.00315.x.
- Dalene, K. E., Nystad, W. & Ekelund, U. (2019). *Helseeffekter av fysisk aktivitet* Folkehelseinstituttet Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/> [Lest 16.10.2020].
- Daumit, G. L. et al. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 193 (10), 641-6. 10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60.
- De Hert, M. et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10 (1), 52-77. 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x.
- de Leon, J. & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*, 76 (2-3), 135-57. 10.1016/j.schres.2005.02.010.
- Denison, E. M.-L. et al. (2020). *Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester.
- Elwyn, G. et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27 (10), 1361-1367. 10.1007/s11606-012-2077-6.
- Fekadu, A. et al. (2015). Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry*, 206 (4), 289-96. 10.1192/bjp.bp.114.149112.
- Fekadu, W. et al. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open*, 9 (12), e032391. 10.1136/bmjopen-2019-032391.
- Forsetlund, L. et al. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt*. Folkehelseinstituttet. Område for helsetjenester.

- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften> [Lest 16.10.20].
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift%20habilitering%20individuell%20plan> [Lest 16.10.20].
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html> [Lest 16.10.20].
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Oslo: Pax.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oppvekst. Oslo: Kommuneforl.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hayes, J. F. et al. (2017). Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014. *British Journal of Psychiatry*, 211 (3), 175-181. 10.1192/bjp.bp.117.202606.
- Heffner, J. L. et al. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disorders*, 13 (5-6), 439-453. 10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x.
- Heiberg, I., H. et al. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*, 13 (8), e0202028. 10.1371/journal.pone.0202028.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>. [Lest 16.10.20].
- Helsebiblioteket. *Kunnskapsbasert praksis*: Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> [Lest 20.10.20].
- Helsebiblioteket. (2018). *Bipolar lidelse: Hva er det?*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/bipolar-lidelse-hva-er-det> [Lest 21.10.20].
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. *IS-1957*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>. [Lest 15.09.20].

- Helsedirektoratet. (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Rapport: IS-2314* [internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser> [Lest 13.09.20].
- Helsedirektoratet. (2015b). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. *IS-12651*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>. [Lest 20.10.20].
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> [Lest 06.09.18].
- Helsedirektoratet. (2018a). Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>. [Lest 15.10.20].
- Helsedirektoratet. (2018b). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen - IS2810*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen>. [Lest 20.10.20].
- Helsedirektoratet. (2019a). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide - Nasjonale faglige råd*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide> [Lest 16.10.2020].
- Helsedirektoratet. (2019b). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalfagligretningslinje> [Lest 17.10.20].
- Hjorthøj, C. et al. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4 (4), 295-301. 10.1016/S2215-0366(17)30078-0.
- Ingstad, K. & Keeping, D. (2019). *Organisasjon og ledelse : i helsefag og sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal.
- James, S. L. et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392 (10159), 1789-1858. 10.1016/s0140-6736(18)32279-7.
- Jensen, P. (1994). *Ansikt til ansikt : system- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni - Omfang og betydning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122 (20), 2011-2014. Tilgjengelig fra.

- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap*: Senter for omsorgsforskning.
- Klemsdal, T. O., Tonstad, S. & Hjermann, I. (2004). Hvordan identifisere personer med høy risiko for kardiovaskulær sykdom? *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 124, 799-801. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/03/tema-hjertesykdommer/hvordan-identifisere-personer-med-hoy-risiko-kardiovaskulaer-sykdom>.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158 (7), 1091-1098. 10.1176/appi.ajp.158.7.1091.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 71 (1), 4-9. .
- Laursen, T. M. et al. (2009). Somatic Hospital Contacts, Invasive Cardiac Procedures, and Mortality From Heart Disease in Patients With Severe Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66 (7), 713-720. 10.1001/archgenpsychiatry.2009.61.
- Laursen, T. M. (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res*, 131 (1-3), 101-4. 10.1016/j.schres.2011.06.008.
- Laursen, T. M. et al. (2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One*, 8 (6), e67133. 10.1371/journal.pone.0067133.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Lawrence, D., Hancock, K. J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *Bmj*, 346, f2539. 10.1136/bmj.f2539.
- Li, Y. et al. (2011). Mentally Ill Medicare Patients Less Likely Than Others To Receive Certain Types Of Surgery. *Health Affairs*, 30 (7), 1307-1315. 10.1377/hlthaff.2010.1084.
- Liu, N. H. et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16 (1), 30-40. 10.1002/wps.20384.
- Lomholt, L. H. et al. (2019). Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *International Journal of Bipolar Disorders*, 7 (1). 10.1186/s40345-018-0140-x.
- Luhmann, N. (1982). *The Differentiation of Society*: Columbia University Press.

- Malt, U. F. (2018). *Lærebok i psykiatri*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. nr. 30. (2011-2012). *Se meg! : en helhetlig rusmiddelpolitikk : alkohol - narkotika - doping*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Ness, O. (2014). *Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell?:* Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell> [Lest 18.10.20].
- Nordentoft, M. et al. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*, 8 (1), e55176. 10.1371/journal.pone.0055176.
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). *NSD, Personverntjenester, Få hjelp til å melde prosjekt, Sentrale begreper*. Oslo. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/hjelp/sentrale_begreper.html [Lest 25.02.2020].
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> [Lest 22.10.20].
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Orygen - The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. (2016). *Clinical practice in early psychosis - How to screen and intervene for positive cardiometabolic health*. Tilgjengelig fra: <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/How-to-screen-and-intervene-for-positive-cardiomet/Positive-cardiometabolic-health?ext=>. [Lest 12.05.19].
- Owe, K., Ekelund, U. & Ariansen, I. (2017). *Folkehelse rapporten - Fysisk aktivitet i Norge* Folkehelseinstituttet Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/> [Lest 16.10.2020].
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, revidert i 2013). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [Lest 15.10.20].
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=forskrift%20om%20pasientjournal> [Lest 16.10.20].
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42> [Lest 16.10.20].

- Peckham, E. et al. (2016). Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23 (5), 282-289. 10.1111/jpm.12241.
- Reeves, S. et al. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Promoting partnership for health. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S. (2016). Sosiologisk forståelse av tverrprofesjonell utdanning og praksis I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* 2. utg. s. 146-161. Oslo: Universitetsforlaget
- Regier, D. A. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*, 264 (19), 2511-2518. Tilgjengelig fra: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/383975>.
- Reneflot, A. et al. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet for Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf [Lest 17.03.18].
- Ringen, P. A. et al. (2018a). Cardiometabolic risk factors, physical activity and psychiatric status in patients in long-term psychiatric inpatient departments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (4), 296-302 (7). 10.1080/08039488.2018.1449012.
- Ringen, P. A. et al. (2018b). Cardiometabolic risk factors, physical activity and psychiatric status in patients in long-term psychiatric inpatient departments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (4), 296-302. 10.1080/08039488.2018.1449012.
- Røsvik, A. H. & Bakke, T. (2019). *Brukermedvirkning på tre ulike nivå: Helsebiblioteket*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/221668.cms> [Lest 22.10.20].
- Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, 64 (10), 1123-31. 10.1001/archpsyc.64.10.1123.
- Seidel, J. & Caplan, G. (1994). *Sammendrag av Gerard Caplan: "Principles of preventive psychiatry"*. Skriftserien (Sosialhøgskolen Stavanger : trykt utg.), b. nr 6. Stavanger: Sosialhøgskolen Stavanger.
- St.meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. (2008-2009)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Røyk, alkohol og andre rusmidler* Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/royk> [Lest 16.10.2020].

- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020). *Døde* [internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode> [Lest 14.10.2020].
- Sørensen, M., Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. (2018). A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 13 (3), 13. <http://doi.org/10.5334/ijic.3959>.
- Teasdale, S. B. et al. (2019). Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214 (5), 251-259. 10.1192/bjp.2019.20.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- The American Psychiatric Association (APA). (2020). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Tilgjengelig fra: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [Lest 22.10.2020].
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2018). *Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Forskningsmetoder. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Topor, A. et al. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (1), 90-99. 10.1177/0020764009345062.
- Torgalsbøen, A. K., Fu, S. & Czajkowski, N. (2018). Resilience trajectories to full recovery in first-episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 52, 54-60. 10.1016/j.eurpsy.2018.04.007.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking - 50 years of progress : a report of the surgeon general*. health consequences of smoking: GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Universitetet i Oslo. (2018). *Hjertefrisk*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, NORMENT: Norsk senter for forskning på mentale lidelser. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/norment/forskning/samarbeid/hjertefrisk/> [Lest 18.11.18].
- van Hasselt, F. M., Oud, M. J. & Loonen, A. J. (2015). Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 131 (5), 387-96. 10.1111/acps.12372.
- Vancampfort, D. et al. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16 (3), 308-315. 10.1002/wps.20458.

- VideoLAN. *VLC media player* Tilgjengelig fra: <https://www.videolan.org/vlc/> [Lest 26.10.20].
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21 (2), 119-147. 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03 ER.
- Wahlbeck, K. et al. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*, 199 (6), 453-8. 10.1192/bjp.bp.110.085100.
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. 2. utg. s. 33-52. Oslo: Universitetsforlaget
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. 2. utg. s. 17-32. Oslo: Universitetsforlaget
- Woodhead, C. et al. (2016). Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care. *British Journal of General Practice*, 66 (647), e374-e381. 10.3399/bjgp16X685189.
- Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. (2016). Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP100). *Royal College of Psychiatrists*, . Tilgjengelig fra: http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Improving_-_physical_health_adults_with_SMI_essential_actions_251016-2.pdf. [Lest 05.10.20].
- World Health Organization. (1946). *Constitution*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [Lest 15.10.20].
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [Lest 19.10.20].
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. 1. utg., b. 15. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1. [Lest 17.10.20].
- World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health organization. (2016). Meeting report on Excess mortality in persons with severe mental disorders. Geneva

World Health Organization. (2017: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Geneva; . Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259575/WHO-MSD-MER-17.7-eng.pdf?sequence=1>. [Lest 19.05.20].

World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [Lest 21.10.20].

World Health Organization. (2020). *Tobacco* Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Lest 16.10.2020].

Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* 2. utg. s. 113-130. Oslo: Universitetsforlaget

Øverland, S. N. et al. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*: Folkehelseinstituttet.

Vedlegg 1: Søkestrategier

Søk i PubMed 19.05.19:

#62, "Select 33 document(s)"

#61, "Search (((((((("Interdisciplinary Treatment Approach") OR "interprofessional collaboration") OR "interprofessional relations") OR "collaboration") OR "multidisciplinary collaboration")) AND (((("Primary Health Care"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Community Mental Health Services"[Mesh]) OR Public Health Service Nurses) OR "Public health service") OR "General Practitioners"[Mesh]) AND (((((((("Cardiovascular Diseases"[Mesh]) OR "cardiometabolic risk") OR "physical health") OR "Metabolic Syndrome"[Mesh]) OR "metabolic syndrome") OR "somatic risk") OR "Comorbidity"[Mesh]) OR "physical disorders")) AND (((((((("serious mental illness") OR "serious mental disease") OR "severe mental disease") OR "severe mental illness") OR psychosis) OR ("Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh]) OR "major depression") OR "bipolar disorder") OR "Bipolar Disorder"[Mesh]) OR "schizophrenia") OR "Schizophrenia"[Mesh]) ,33,

#60, "Search (((("Interdisciplinary Treatment Approach") OR "interprofessional collaboration") OR "interprofessional relations") OR "collaboration") OR "multidisciplinary collaboration" ,124799,

#59, "Search "multidisciplinary collaboration" ,908,

#58, "Search "collaboration" ,78688,

#57, "Search "interprofessional relations" ,49805,

#56, "Search "interdisciplinary communication" ,16619,

#55, "Search "interprofessional collaboration" ,1576,

#54, "Search "Interdisciplinary Treatment Approach" ,60,

#52, "Search (((("Primary Health Care"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Community Mental Health Services"[Mesh]) OR Public Health Service Nurses) OR "Public health service") OR "General Practitioners"[Mesh] ,431433,

#51, "Search "General Practitioners"[Mesh] ,6873,

#49, "Search "Public health service" ,7236,

#47, "Search Public Health Service Nurses ,4634,

#46, "Search "Community Mental Health Services"[Mesh] ,18098

#43, "Search "Community Health Services"[Mesh] ,289244,

#41,"Search ""Primary Health Care""[Mesh] ,146343,

#39,"Search (((((((""Cardiovascular Diseases""[Mesh]) OR ""cardiometabolic risk"" OR ""physical health"")) OR ""Metabolic Syndrome""[Mesh]) OR ""metabolic syndrome"" OR ""somatic risk"")) OR ""Comorbidity""[Mesh]) OR ""physical disorders"" ,2400937,

#38,"Search ""physical disorders"" ,844,

#36,"Search ""Comorbidity""[Mesh] ,99716,

#34,"Search ""somatic risk"" ,

#33,"Search ""metabolic syndrome"" ,52258,

#32,"Search ""Metabolic Syndrome""[Mesh] ,29195,

#30,"Search ""physical health"" ,19004,

#27,"Search ""cardiometabolic risk"" ,4607,

#24,"Search ""Cardiovascular Diseases""[Mesh] ,2271004,

#21,"Search (((((((((((""serious mental illness"")) OR ""serious mental disease"")) OR ""severe mental disease"")) OR ""severe mental illness"")) OR psychosis) OR (""Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders""[Mesh]) OR ""major depression"" OR ""bipolar disorder"" OR ""Bipolar Disorder""[Mesh]) OR ""schizophrenia"" OR ""Schizophrenia""[Mesh] ,246023,

#20,"Search ""serious mental illness"" ,3190,

#19,"Search ""serious mental disease"" ,20,

#18,"Search ""severe mental disease"" ,24,

#17,"Search ""severe mental illness"" ,3861,

#16,"Search psychosis ,82433,

#15,"Search ""Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders""[Mesh] ,142295,08:09:24

#12,"Search ""major depression"" ,22795,

#10,"Search ""bipolar disorder"" ,47024,

#9,"Search ""Bipolar Disorder""[Mesh] ,38651,

#7,"Search ""schizophrenia"" ,137251,

#6,"Search ""Schizophrenia""[Mesh] ,100891,

Søkehistorikk PsycInfo 17.05.19:

Search for: 9 and 21 and 27 and 33

Database: PsycINFO

Search Strategy:

-
- 1 schizophrenia.mp. or exp SCHIZOPHRENIA/ (122440)
 - 2 exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp. (127056)
 - 3 "major depression".mp. or exp Major Depression/ (128285)
 - 4 "bipolar disorder".mp. or exp Bipolar Disorder/ (31916)
 - 5 "severe mental illness".mp. (4808)
 - 6 "severe mental disease".mp. (20)
 - 7 "serious mental illness".mp. (3994)
 - 8 "serious mental disease".mp. (11)
 - 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (297137)
 - 10 exp Cardiovascular Disorders/ or "cardiovascular disease".mp. (63498)
 - 11 "cardiovascular disorder".mp. (108)
 - 12 "cardiometabolic risk".mp. (439)
 - 13 exp Metabolic Syndrome/ or "metabolic syndrome".mp. (3567)
 - 14 "somatic risk".mp. (47)
 - 15 health.mp. or exp HEALTH/ (646644)
 - 16 "physical health".mp. or exp Physical Health/ (20318)
 - 17 "somatic health".mp. (402)
 - 18 "general health".mp. (14768)
 - 19 comorbidity.mp. or exp COMORBIDITY/ (43144)
 - 20 exp Physical Disorders/ or "physical disease".mp. (532665)
 - 21 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 (1089965)
 - 22 "primary health care".mp. or exp Primary Health Care/ (19149)
 - 23 exp Community Services/ or "community health care".mp. (31764)
 - 24 exp Community Mental Health Services/ or "community mental health care".mp. (7683)
 - 25 exp Public Health Service Nurses/ or "community health nursing".mp. (786)
 - 26 "general practitioner".mp. or exp General Practitioners/ (7927)
 - 27 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (57309)
 - 28 exp Interdisciplinary Treatment Approach/ or "interprofessional collaboration".mp. (7709)
 - 29 cooperation.mp. (30998)
 - 30 "interdisciplinary communication".mp. (233)
 - 31 exp COLLABORATION/ or "collaboration".mp. (41485)
 - 32 "interprofessional relations".mp. (88)
 - 33 28 or 29 or 30 or 31 or 32 (73961)
 - 34 9 and 21 and 27 and 33 (282)

Søkehistorikk: CINAHL+ 17.05.19

#	Query	Results
S37	S11 AND S21 AND S30 AND S36	31
S36	(S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35)	86,418
S35	("collaboration")	63,608
S34	("interdisciplinary communication")	245
S33	(MH "Interprofessional Relations+")	27,773
S32	("interprofessional collaboration")	1,222
S31	"Interdisciplinary Treatment Approach"	17
S30	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29	435,931
S29	("General Practitioners")	10,779
S28	"Public Health Service"	1,541
S27	"Public Health Service Nurses"	4
S26	(MH "Community Mental Health Services+")	10,924
S25	(MH "Community Health Services+")	382,454
S24	("Community Health Services")	19,284
S23	(MH "Primary Health Care")	54,647
S22	("Primary Health Care")	58,601
S21	(S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20)	581,447
S20	"physical disorders"	254
S19	comorbidity or comorbidities	76,484
S18	("somatic risk")	9
S17	("Metabolic Syndrome")	15,715
S16	(MH "Metabolic Syndrome X+")	12,004
S15	"physical health"	10,117
S14	"cardiometabolic risk factors"	1,051
S13	(MH "Cardiovascular Diseases+")	497,084

S12	"Cardiovascular Diseases"	49,060
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	122,402
S10	("serious mental illness")	2,138
S9	(MH "Organic Mental Disorders, Psychotic+")	68,443
S8	"severe mental illness"	2,303
S7	"major depression"	5,634
S6	"bipolar disorder"	12,372
S5	(MH "Bipolar Disorder+")	10,387
S4	(psychosis)	11,102
S3	(MH "Psychotic Disorders+")	105,993
S2	(MH "Schizophrenia+")	22,055

Vedlegg 2: Informasjons- og forespørselsbrev til kommunalsjefer

Marte Hykkerud Klevstad,
Epost: mkl007@uit.no Telefon: 97788022
Cand. Master of science,
sykepleier med spesialisering i psykisk helse
Student ved Mastergradsstudiet i Helsefag,
Studieretning psykisk helse
Institutt for helse- og omsorgsfag (IHO),
Det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Tromsø –
Norges Arktiske Universitet.

23.10.2019

Forespørsels- og informasjonsbrev til kommunalsjefer angående rekruttering av deltakere til mastergradsoppgave

”Samarbeid rundt kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse i primærhelsetjenesten – en kvalitativ studie”

Mitt navn er Marte Hykkerud Klevstad, og jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet (UiT). Jeg henvender meg til deg med en forespørsel om kunne gjennomføre et mastergradsprosjekt i din kommune, med støtte fra min veileder Prof. Jürgen Kasper, Dr. phil. Jeg ber også om hjelp til å videreformidle et informasjonsbrev per epost/utskrift, via aktuelle enhetsledere/avdelingsledere, til ansatte i din kommune som er aktuelle å rekruttere til min mastergradsoppgave.

Min problemstilling vil være: *«Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten rundt oppfølgingen av kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse?»* - en kvalitativ fokusgruppeintervjustudie, i to kommuner, i rurale strøk i Nord-Norge.

Deltakerne vil være ansatte i primærhelsetjenesten fra ulike avdelinger som møter mennesker med alvorlig psykisk lidelse; psykisk helse og rus-tjenesten, fysioterapitjenesten, fastlegetjenesten og hjemmetjenesten.

Jeg ber om muligheten til å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer i din kommune. Hver fokusgruppe vil ha ca. 5-8 deltakere. Hvert fokusgruppeintervju vil ha en varighet på mellom 1 og 1,5 time. Det er ønskelig at det samme gruppen møter til begge intervjuene. Det er ønskelig med en variert sammensatt gruppe med tanke på arbeidserfaring, alder og kjønn. Jeg ber derfor om at du sender ut informasjonsbrevet til de nevnte avdelingene og utleverer informasjonsbrevet til ansatte som oppfyller følgende kriterier:

- Ansatte som har arbeidet minst ett år ved sitt arbeidssted

- Minst en ansatt fra hvert arbeidssted

Jeg ber også om muligheten til å kontakte enhetsledere, avdelingsledere og ansatte direkte for å gi ytterligere informasjon om studien ved behov.

Studien kan være relevant for videre fagutvikling og er en kvalitativ, systematisk innhenting av erfaringer fra helsepersonell knyttet til det aktuelle temaet. Studien kan eventuelt gjentas på et senere tidspunkt for å undersøke endringer. Det finnes lite forskning på hvilken oppfølging denne pasientgruppen får i kommunehelsetjenesten i Norge og hva helsepersonell opplever som muligheter for å optimalisere praksis, på bakgrunn av dette vurderes studien som både relevant og dagsaktuell. Du kan lese mer om prosjektet i den vedlagte prosjektskissen og i informasjons- og samtykkebrevet til deltakerne.

Dersom du har anledning vil jeg be deg om mulighet til ha en dialog rundt aktuelle deltakere, for å best mulig møte mine inklusjonskriterier.

Ettersom det er avgjørende for min masterstudie å rekruttere deltakere til studien, håper jeg du kan bistå meg i denne viktige rekrutteringsfasen. Gi meg tilbakemelding dersom dette er noe du ikke har anledning til å påta deg.

Universitetet i Tromsø er ansvarlige for prosjektet. Ved spørsmål eller kommentarer kan også min veileder, Prof. Jürgen Kasper, Dr. phil. kontaktes: Jurgen.Kasper@oslomet.no.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Marte Hykkerud Klevstad.

Vedlegg 3: Informasjonsbrev og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

”Samarbeid rundt kardiometabolske risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse i primærhelsetjenesten – en kvalitativ studie”?

Mitt navn er Marte Hykkerud Klevstad, og jeg er mastergradsstudent ved Master i helsefag, studieretningen psykisk helse ved Universitetet i Tromsø (UiT). Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med forskningsprosjektet er å innhente helsepersonell sine erfaringer med samarbeid rundt somatisk helse, med et spesielt fokus på kardiometabolske risikofaktorer, hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Med alvorlig psykisk lidelse menes her psykoselidelser, bipolare lidelser eller alvorlig depresjon. Ved fokus på somatisk helse vektlegges kardiometabolske risikofaktorer som: røyking, inaktiv livsstil, uheldig kosthold, forhøyet blodtrykk, forhøyet blodsukker/diabetes type II, forhøyet kolesterol/dyslipidemi og overvekt/fedme. Helsepersonellet vil være ansatte i primærhelsetjenesten fra ulike avdelinger som møter mennesker med alvorlig psykisk lidelse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Min problemstilling vil være: «*Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten, rundt oppfølgingen av kardiometabolske risikofaktorer, hos personer med alvorlig psykisk lidelse?*» - en kvalitativ fokusgruppeintervjustudie, i to kommuner, i rurale strøk i Nord-Norge.

Studien vil kunne belyse fagkunnskap og erfaringskunnskap som inkluderer fagpersoner i kommunen, som møter denne pasientgruppen. Studien kan være relevant for videre fagutvikling og er en kvalitativ, systematisk innhenting av erfaringer fra helsepersonell knyttet til det aktuelle temaet. Studien kan eventuelt gjentas på et senere tidspunkt for å undersøke endringer. Omfattende forskning viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har betraktelig kortere levetid sammenlignet med befolkningen for øvrig. Årsakene til dette er mange og sammensatte. Det finnes lite forskning på hvilken oppfølging denne pasientgruppen får i kommunehelsetjenesten i Norge og hva helsepersonell opplever som muligheter for å optimalisere praksis.

Det vil bli gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Hver fokusgruppe vil ha ca. 5-8 deltakere. Det er ønskelig å gjennomføre to intervjuer, men du står fritt til å trekke deg når som helst. I det første fokusgruppeintervjuet er målet å innhente erfaringer om hvordan det samarbeides rundt det nevnte temaet. I neste fokusgruppeintervju vil funnene fra det første fokusgruppeintervjuet presenteres og tema er å undersøke om deler av samarbeide kan forbedres og potensielt hvordan. Intervjuene er semi-strukturerte, det vil si at det er laget en intervjuguide ut fra teori om tverrfaglig samarbeid, samtidig som spørsmålene er mulig å endre etter hva som kommer frem i intervjuet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Tromsø - Norges arktiske universitet, institutt for helse- og omsorgsfag, er ansvarlig for prosjektet. Veilederen for prosjektet er professor Jürgen Kasper, Dr. phil., som også er ansatt ved Oslo MET.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kommunalsjefene ved to kommuner i Nord-Norge har blitt bedt om å videresende dette samtykkeskjemaet til enhetsledere og avdelingsledere i kommunehelsetjenesten, som igjen har sendt dette til ansatte ved følgende enheter/avdelinger: hjemmesykepleien, psykisk helse og rus-tjenesten, fastlegetjenesten og frisklivssentralen (fysioterapitjenesten). Det er et ønske om å rekruttere deltakere av ulik alder, kjønn, profesjoner, ansiennitet og ansettelsessted.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i to fokusgruppeintervju sammen med 4-7 andre. Hvert fokusgruppeintervju vil ta ca. 1 – 1,5 time. Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført nært din arbeidsplass og på tidspunkter som passer for deg. Ett av målene med fokusgruppeintervjuet er at deltakerne sammen kan samtale om deres opplevelser rundt dette temaet. Fokusgruppeintervjuet inneholder spørsmål om din opplevelse av i arbeidet med å kartlegge og iverksette tiltak ved kardiometabolsk risiko hos personer med alvorlig psykisk lidelse. I det første intervjuet ønsker vi beskrivelser av hvordan ulike helsepersonell følger opp den fysiske helsen til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. I det andre intervjuet ønsker vi å samle inn erfaringer rundt hvordan samarbeidet er og hvordan samarbeidet rundt denne pasientgruppen kan være. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, som vil bli transkribert og anonymisert. En sekretær vil også skrive noen korte notater underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen eller din arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptakerutsyret er godkjent av Universitetet i Tromsø. Det vil kun være undertegnede Marte Hykkerud Klevstad, sekretær Rita Solbakken og veileder Jürgen Kasper ved Universitetet i Tromsø som vil ha tilgang til opplysningene. Navnet ditt vil jeg erstatte med et oppdiktet navn. Datamaterialet, både lydopptak og transkribering vil bli lagret på kryptert minnebrikke som uvedkommende ikke har adgang til. Alle personopplysninger og annen informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Samtykkeskjemaene oppbevares i et låsbart skap utilgjengelig for andre enn undertegnede.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 08.06.2020. Lydopptak vil bli slettet, transkriberinger, notater fra intervjuet og samtykkeskjemaene vil også makuleres etter prosjektslut.

På oppdrag fra Norges arktiske universitet- Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (referanse: 210309).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Norges arktiske universitet – universitetet i Tromsø (UiT) ved:

Professor Jürgen Kasper, Dr. Phil., epost: Jurgen.Kasper@oslomet.no, mobiltelefon: 954 29 600 eller mastergradsstudent Marte Hykkerud Klevstad, epost: mkl007@uit.no, mobiltelefon: 97788022.

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, personvernombud ved Universitetet i Tromsø. NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marte Hykkerud Klevstad (Mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø)

Prof. Jürgen Kasper, Dr. phil., veileder ved Universitetet i Tromsø og ansatt ved Oslo MET)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Samarbeid rundt kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju nummer 1
- å delta i fokusgruppeintervju nummer 2
- å eventuelt stille til et individuelt intervju eller kunne kontaktes for supplerende informasjon pr. epost
- Jeg samtykker til at det brukes lydopptakerutstyr under intervjuet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Dette er kun et foreløpig utkast. Intervjuguiden er semi-strukturert og vil evalueres mellom intervjuene.

Rammesetting Uformell prat (5 minutter) <ul style="list-style-type: none">- Lage en trygg arena- Skape en god atmosfære- Servere te/kaffe, frukt, mat- Finne plasser	
Introduksjon:	Gi informasjon (5-10 minutter) Takke for at de ønsker å delta. Fokusgruppeintervjuet er en del av min mastergradsoppgave. Intervjuet omhandler deres erfaringer med oppfølging av somatisk helse, spesielt fokus på kardiometabolske risikofaktorer (røyking, kosthold, fysisk aktivitet, overvekt, blodtrykk, glukoseregulering, blodlipider) hos personer med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser (eks. schizofreni), bipolar lidelse, alvorlig depresjon, med eller uten rusmiddellidelse i tillegg). Informere om hensikt med studien og kort informere om kortere levealder hos denne gruppen. Presentere en hypotetisk case. Oppfordre alle til å ta ordet. Vil gjerne få frem så ulike mange erfaringer som mulig. Det er en ambisjon å få til en samtale rundt temaet.
Anonymitet:	Dine personopplysninger vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt.
Lydopptak:	Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Lydopptaket og transkribering lagres på kryptert minnepinne. Kun moderator og sekretær vil ha tilgang til lydopptak. Lydopptak slettes så snart transkribering er gjennomført.
Tid:	Intervjuet vil ta ca. 1-1,5 time.
Samtykke:	Signere samtykkeskjemaer dersom dette ikke er gjort, ink. samtykke for lydopptak, mulighet for å trekke samtykke.
Spørsmål:	Åpne opp for spørsmål. Noe uklart? Informere om at nå starter intervjuet.
Navnfeste lyd:	Starte lydopptaker. Sekretær tegner kart, knytter stemme til navn.

Kommentarer til moderator:

Dersom samtalen stopper opp/behov for utdyping:

Kan du si litt mer om dette?

Har dere andre lignende eller andre erfaringer enn (...)?

Be om spesifisering: Når du sier det .. tenker du da ...

Fokusgruppeintervju nr. 1

Hvordan er samarbeidet i arbeidet med kardiometabolske risikofaktorer som røyking, kosthold, fysisk aktivitet, overvekt, blodtrykk, glukoseregulering, blodlipider hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser som schizofreni, andre psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon, med evt. rusmiddellidelser i tillegg?

Kan dere fortelle så detaljert som mulig om samarbeidssituasjoner knyttet til nevnte tema? Beskrive samarbeidet, så praktisk og konkret som mulig. Klassifisere informasjon.

Prosessuelle:

Hvilke møtepunkter har dere for samarbeid rundt kardiometabolske risikofaktorer med alvorlig psykiske lidelser? Hvordan foregår kommunikasjonen?

- Dokumentasjon, IKT (journalssystemer), telefon, møter formelt, uformelt, hyppighet?

Muntlig? Skriftlig?

Hvilke erfaringer har dere med kommunikasjon rundt dette?

Rutiner? Felles rutiner?

Relasjonelle:

Hva tenker dere om deres egen rolle i dette samarbeidet? Yrke, arbeidsplass? Mandat? Oppgave?

Har du konkrete oppgaver? – fortell mer om dette

Har noen en opplevelse å dele om roller i dette arbeidet?

Hvordan oppleves eget ansvar for dette?

Har noen opplev en konflikt mellom hva dere tenker er godt samarbeid og det som gjøres?

Krever dette mye ressurser?

Forstår jeg det riktig dersom?

Samme forståelse eller ulik?

Organisatoriske:

Har dere erfaring med noe i organisasjonen som hindrer?

- Hva er de viktigste hindrene?

Hvilke muligheter ligger i strukturene?

Lignende som innledning til intervju 1.

Fokusgruppeintervju nr. 2

Validering av fokusgruppeintervju nr. 1:

Legge frem oppsummering av første intervju. Det er viktig for meg at jeg har fått med meg det viktigste som ble sagt i sist intervju.

Kjenner dere dere igjen i disse beskrivelsene? Er det viktige elementer som ikke kom med i første intervju? Kommentarer til innholdet i første intervju?

Ut fra oppsummeringen:

Hva tenker dere om samarbeid rundt kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser i primærhelsetjenesten?

Hvordan opplever dere samarbeidet fungerer i dag?

- Hvis det er godt: hvilke faktorer tenker dere er de viktigste for at det fungerer?
- Hvis det ikke fungerer godt:
- Hva tenker dere eventuelt har et forbedringspotensial?
- Hvilke faktorer må eventuelt endres for å skape forbedring?
- Hvordan kan praksis optimaliseres?
- Hva kan din arbeidsgruppe eventuelt gjøre?
- Hva tenker dere om det som har blitt sagt av de andre?

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Samarbeid rundt kartlegging og oppfølging av kardiometabolske risikofaktorer hos mennesker med alvorlig psykisk lidelser i primærhelsetjenesten.

Referansenummer

210309

Registrert

13.10.2019 av Marte Hykkerud Klevstad - mkl007@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jürgen Kasper, kasper@doktormit.com, tlf: 95429600

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marte Hykkerud Klevstad, mkl007@uit.no, tlf: 97788022

Prosjektperiode

09.09.2019 - 17.12.2020

Status

03.06.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

03.06.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 22.05.2020.

Vi har nå registrert 17.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

23.10.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 23.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 12.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7 ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er 5.10.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger <https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d3afc4d-90a9-4bef-8764-67092b287a24> 3/3 avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6: Forfatterveiledning – Sykepleien Forskning

Hentet fra Sykepleien forsknings nettsider: <https://sykepleien.no/forfatterveiledning> (lest: 05.10.2020)

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. *Sykepleien Forskning* publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. *Sykepleien Forskning* inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med tekststypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode

- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (*abstract*)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på *Sykepleien Forsknings* [hjemmeside](#), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og *bakgrunn* for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.
5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

Følgerebrev til redaktør (*cover letter*)

I følgerebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

Innsending av manuskript

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskripthåndteringssystem ScholarOne, via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskriphåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfelleevalueringen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering. Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også tittelen) og følges opp av manusredaktøren. Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Oversetting til engelsk

Alle forskningsartikler i *Sykepleien Forskning* blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data

Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold

Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres

Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende

nettside: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». *Sist oppdatert 09/2019*

Tittelside for artikkel Sykepleien forskning

Tittel på manuskript:

Samarbeidsfokus på somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse

Marte Hykkerud Klevstad, fagutviklingssykepleier psykisk helse og rus, Vestvågøy kommune

Indre Steinfjordvei 53, 8360 Bøstad

martehkl@hotmail.com

97788022

Antall tegn: 21270 (inkludert mellomrom)

Antall ord: 3000 ord

Antall tabeller: 1

Sammendrag

Bakgrunn: Personer med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon har høyere morbiditets- og mortalitetsrate, enn befolkningen for øvrig. Dette skyldes delvis en dramatisk økt risiko for kardiometabolsk sykdom. Kunnskapsgrunnlaget om risikofaktorer er kompleks, men ikke fullstendig. Kartlegging av risikofaktorer har ikke ennå ført til utvikling av effektive intervensjoner. Samarbeid mellom helsepersonell i primærhelsetjenesten rundt denne brukergruppen er i ulike studier beskrevet med et forbedringspotensial.

Hensikt: Studien skulle nærmere undersøke hvordan primærhelsetjenesten samhandler rundt ivaretagelse av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Spesielt skulle det kartlegges hemmende og fremmende faktorer, samt forbedringspotensialet for samarbeidet.

Metode: Studien tilnærmet seg problemstillingen kvalitativt via helsepersonell i to rurale kommuner i Nord-Norge. Det ble gjennomført en sekvens med to fokusgruppeintervjuer i hver kommune. Et strategisk utvalg av helsepersonell som arbeider med mennesker med alvorlig psykisk lidelse fra ulike kommunale tjenester ble invitert gjennom lederne til å delta i studien. Første fokusgruppe gjaldt kartlegging av samarbeidsmåter og utfordringer. Andre møte med samme deltakerne hadde hensikt å validere funnene av den første og supplere forbedringspotensial. Dataene ble analysert gjennom en stegvis-deduktiv induktiv metode.

Resultat: Til sammen 9 helsepersonell fra fastlegetjenesten, fysioterapitjenesten, hjemmetjenesten og psykisk helse- og rustjenesten deltok i fokusgruppene.

Samarbeidsrelaterte utfordringer ble strukturert i fem kategorier: Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling, rutiner og systemer, rolleavklaring, oppmerksomhet på somatisk helse, brukerperspektivet i samarbeidet. Funnene ble bekreftet av deltakerne som supplerte forslag for ulike tiltak rettet mot enkelte utfordringer hvilke ble plassert i samme kategoriene.

Konklusjon: Samarbeid i primærhelsetjenestene rundt den somatiske helsen til alvorlig psykisk syke mennesker er preget av mye tilfeldighet, usikkerhet og et manglende fokus på brukeren som aktiv part i omsorgen. Årsakssammenhengene av målgruppenes høye somatiske helserisiko er komplekse og det behøves et metaperspektiv på tverrfaglig samarbeid.

Nøkkelord: Fokusgrupper, Bipolar lidelse, Schizofreni, Relasjoner mellom yrkesgrupper, kardiometabolsk syndrom

Samarbeidsfokus på somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse

Introduksjon

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som alvorlig depresjon, psykose, schizofreni eller bipolar lidelse, spesielt ved samtidig rusmiddellidelse, har økt risiko for tidlig død sammenlignet med befolkningen for øvrig (1). Gjennomsnittlig levealder for en norsk mann med rusmiddelavhengighet og schizofreni var i 2018 i Norge ca. 45 år (2), sammenlignet med 81,19 år hos norske menn som tilhører allmennbefolkningen (3). Dette utgjør en differanse på ca. 36 år. Internasjonale studier viser til forkortet levetid på 15-20 år sammenlignet med øvrig befolkning (1). Vi vet at somatiske lidelser står for en betydelig del av økt sykkelighet og dødelighet, spesielt kardiovaskulær og -metabolsk risiko (4-6).

Etiologien bak økt morbiditet og mortalitet hos denne gruppen er likevel kompleks og ikke uttømmende kartlagt. En forståelse av årsakene kan tilnærmes gjennom en multifaktormodell, som kan inndeles i risikofaktorer knyttet til individuelle forhold, helsesystemet, eller sosiale betingelser. Individuelle faktorer som er knyttet til den psykiske lidelsen eller til atferd som: usunn livsstil, dårlig kosthold, fysisk inaktivitet, overvekt, røyking, rusmiddelbruk, risikoatferd og redusert motivasjon (2;7). Helsesystemfaktorer kan handle om at pasientgruppen har lavere tilgang på helsetjenestene og mindre tilbud om behandling (8), mangelfull koordinering av helsetjenestene (7;9), dårlig kommunikasjon, mangelfulle muligheter til å delta i beslutninger relatert til egen helse (10) og risiko knyttet til antipsykotisk medikamentell behandling (7). Risikofaktorer knyttet til sosiale betingelser for helse kan være lav sosioøkonomisk status, begrenset sosial støtte, stigmatisering, redusert politisk vilje (7).

Alle brukere av helsetjeneste, har rett å få tilbud av tjenester som legger til rette for aktiv deltakelse i planlegging og gjennomføring av behandling og informerte helsevalg (11;12). Studier viser at slike pasienter ønsker å medvirke, men kan ha behov for ytterligere støtte for å bli involvert (13).

Mens hver av faktorene kan øke risikoen for kardiometabolsk dødelighet, er det mest sannsynlig at faktorene interagerer i tillegg, det vil si at de forsterker hverandre gjensidig (7).

Det kan også bety at tiltak som retter seg mot enkelte faktorer mislykkes fordi sammenhengene er mer komplekse. En bedre forståelse av årsakssammenhengene kan derfor oppnås ved å nærmere se på overordnede faktorer som kan være involvert i håndteringen av den typen kompleksitet. Koordinasjon av tiltak gjennom samarbeid innad i helsetjenestene, og mellom helsetjenestene og personer med alvorlige psykiske lidelser, anses derfor som sentralt med tanke på forbedring av deres somatisk helse (9).

Et internasjonalt og nasjonalt mål er å integrere psykisk og somatisk helsearbeid i primærhelsetjenestene (14). Veilederen for lokalt psykisk helsearbeid – Sammen om mestring (veileder IS-2076) vektlegger at psykisk og somatisk helse bør sees og behandles under ett (15). Regjeringens strategi «Mestre hele livet» vektlegger kartlegging og oppfølging av den somatiske helsen til personer med alvorlige psykiske lidelser også i primærhelsetjenesten (16). Helsetilsynet påpeker i sin rapport fra 2016 manglende samhandling i kommunene rundt oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser (17). Stortingsmelding nr. 47 - Samhandlingsreformen (2008-2009) iverksatt fra 2012 kom med krav til samhandling på tvers av tjenesteytere, desentraliserte tilbud, kompetanse i primærhelsetjenesten og krav til forebyggende- og lavterskeltilbud (18).

Systematisk litteratursøk

Et systematisk søk ble i mai 2019 gjennomført i databasene PsycINFO, PubMed og CINAHL for å identifisere kunnskap om faktorer i primærhelsetjenestens samarbeid som påvirker somatisk helse hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Søkeordene ble innhentet gjennom orienterende søk, fra nasjonale retningslinjer, forskningsartikler og teori. Både tesauruser og fritekstord ble benyttet.

Søkene resulterte i 346 treff, som ble screenet ved gjennomlesning av titler og sammendrag etter følgende inklusjonskriterier: empiriske studier, skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, som fokuserte på det nevnte tema, øvrige studier ble ekskludert. 11 av 53 fulltekstartikler gjenstod i kunnskapsgrunnlaget (19-29). Studiene ble publisert mellom år 2007 og 2018. Seks av artiklene var kvalitative studier med bruk av intervju som metode, en systematisk oversiktsartikkel, to delphi-studier, en gjennomgang av journaler og en med kombinerte metoder med intervju og spørreundersøkelse.

Studiene er gjort i ulike land med ulik organisering av helsetjenestene og ulikt hovedfokus. Noen av artiklene presenterte undersøkelser på samhandlingsteam (eksempelvis ACT- og FACT-team) (23). Kunnskapsgrunnlaget viser at det er flere faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet rundt denne gruppen: fordeling av ansvar (26;29), koordinering (20;21;27), kommunikasjon (25), kunnskap (29), relasjon mellom bruker og helsepersonell (22) og struktur og samtidig fleksibilitet (19;28). Det ble påpekt behov for ytterligere forskning og kunnskapsbaserte samhandlingsmodeller (24). Kunnskap om samarbeid mellom primærhelsetjenester generelt i andre land kan ikke uten videre overføres til lokale forhold i Norge. Tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten i Norge er lite forsket på og det er behov for mer forskning på dette feltet (30). Vi vet lite om hvordan helsepersonell samhandler rundt somatisk oppfølging hos personer med alvorlige psykiske lidelser i Norge.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan helsepersonell i primærhelsetjenesten samarbeider rundt oppfølging av den somatiske helsen til personer med alvorlig psykiske lidelser, som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Med det skal det kartlegges fremmende og hemmede faktorer for samarbeid. Det var også et mål at studien kunne gjennom helsepersonell sitt perspektiv belyse potensielle optimaliseringsbehov. En bedre forståelse av utfordringer knyttet til somatisk helse hos personer med alvorlig psykiske lidelser kan være et viktig steg for å redusere sykelighet og dødelighet hos denne gruppen. Gitt rammene i en masteroppgave har jeg fokusert på regionale forhold i to nordnorske kommuner. Studien er tiltenkt å inngå i lokalt og regionalt fag- og kvalitetsutviklingsarbeid.

Metode

Design og forskningsfelt

Studien bruker eksplorativ og kvalitativ tilnærming gjennom helsepersonell fra to ulike nordnorske kommuner for å kunne gi relevant bidrag til regional fagutvikling. Hver gruppe samles to ganger til fokusgruppeintervjuer med ulike formål.

Utvalg og rekruttering

Det ble benyttet en strategisk utvalgsstrategi (31). Det ble inkludert helsepersonell med minst ett års arbeidserfaring på arbeidssted ved tjenester som arbeider klinisk med pasientgruppen. Det ble etterstrebet å representere så mange som mulig ulike tjenester involvert i ivaretagelse av somatisk omsorg til brukergruppen med 1 eller 2 deltaker, og en total størrelse av

fokusgruppene på 5 til 8 deltaker. Deltakerne ble rekruttert gjennom lederne som fikk informasjon om studien på epost. Deltakerne tok selv kontakt. Forfall ble forsøkt redusert ved å tilpasse tidspunkt og sted etter deltakernes ønsker og avholdt i nærhet til deres arbeidssted på nøytrale møterom.

Gjennomføring av intervjuene

Datainnsamlingene ble foretatt i november 2019 – januar 2020. Intervjuene ble gjennomført av meg og en assistent, R.S., ved hjelp av en semistrukturert, teoriladd, intervjuguide. Spørsmålene var basert på kunnskap om faktorer som kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet. Scott Reeves et al. har utarbeidet en modell for tverrfaglig samarbeid hvor ulike faktorer for tverrfaglig samarbeid er redegjort for. Han fremhever fire hovedkategorier: organisatoriske, relasjonelle, prosessuelle og kontekstuelle faktorer, som påvirker tverrfaglig samarbeid (32). Første fokusgruppe hadde som hensikt å innhente data om hemmende og fremmende faktorer i et tverrfaglig samarbeid, innen Reeves fire kategorier. Intensjonen var konkrete beskrivelser av samarbeidet. De fikk initialt presentert en oppdiktet kasuistikk for å konkretisere tematikken. Den andre fokusgruppen begynte med presentasjon av en midlertidig analyse av første intervju som skulle valideres gjennom deltakerne, og stimulere drøfting rundt eventuelle forbedringsbehov. Intervjueren så sin rolle stort sett som å fasilitere diskusjonen og oppmuntre deltakerne å operasjonalisere sine forslag.

Analyse

Dataene ble direkte overført fra lydopptaker til kryptert minnepinne. Umiddelbare refleksjoner ble nedskrevet. Dataene ble vasket ved at deltakerne ble nummerert fra 1-9, og personsensitive opplysninger ble utelatt fra transkribering (33). Transkribering ble gjort mellom hvert intervju for å ha mulighet til å justere intervjuguide, og tekstfilene overført til analyseverktøysdataprogrammet NVivo 12 for overgang fra rådata til koding og gruppering av koder og konsepter. Etter begge de første intervjuene ble lydopptakene lyttet på, og det ble gjort en midlertidig analyse og kategorisering basert på Reeves et al. modell, som ble drøftet med komoderator (32).

Den kvalitative analysemetoden benyttet er inspirert av Aksel Tjoras Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI-metoden). SDI-metoden er en abduktiv prosess, hvor de ulike trinnene av analyseprosessen både har en induktiv tilnærming og en deduktiv tilbakekobling. Den induktive delen av prosessen består av flere trinn: generering av empiriske data, bearbeiding

av rådata, koding, gruppering av koder, utvikling av konsepter, diskusjon av konsepter (33). Første del av prosessen er induktiv drevet av nysgjerrighet, siste fase er preget av teoretiske innspill (34). SDI-metoden er anvendbar til mindre forskningsprosjekter som denne studien (33).

Forskningsetikk

I forkant av studien ble studien godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 210309. Etter godkjenning av kommunalsjefer i de respektive kommunene fikk deltakerne gjennom enhetsledere og sine avdelingsledere informasjonsskriv om studien. Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltakelse og bruk av digital lydopptaker, med informasjon om mulighet for å trekke samtykket, dette ble gjentatt muntlig. Datamaterialet er anonymisert og behandlet konfidensielt.

Resultater

Utvalget bestod av 9 (7 kvinner) av 14 interesserte helsepersonell fra primærhelsetjenesten, 8 av dem deltok i begge fokusgrupper; hjemmetjenesten, psykisk helse, fysioterapi og fastleger. Utvalget ble rekruttert fra to mellomstore (innbyggertall mellom 8 000 - 12 000) kommuner i Nord-Norge.

Tre av deltakerne hadde kombinert klinisk- og ledelsesansvar, seks arbeidet som klinisk helsepersonell. Deltakerne var i alderen 29-64 år, med 1,5-31 års arbeidserfaring. De var utdannet sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, fastleger og fysioterapeuter, og arbeidet ved tjenestene som beskrevet i inklusjonskriteriene. I kommune nummer to var ikke fastlegetjenesten representert. Intervjuene varte mellom 47 og 68 minutter. De fire fokusgruppeintervjuene ga tilstrekkelige mengder data til å foreta analysen. De transkriberte fokusgruppeintervjuene som utgjorde analyseenheten bestod av totalt 40 545 ord (inkludert ordholder), som ble til 1832 koder, 15 kodegrupper og 5 konsepter.

Tabell 1: Sentrale sitater, med tilhørende kode innenfor hvert konsept. I denne tabellen er ikke kodegrupper inkludert.

Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling

Deltakerne beskrev ulike samarbeidsmåter i enkeltsaker; ansvarsgruppemøter, individuelle planer og elektroniske meldinger. Flere trakk frem gode erfaringer rundt ansvarsgrupper, bruk

av individuell plan var mer sporadisk. Elektroniske meldinger ble beskrevet som både nyttig og tidkrevende. Noen samarbeidet tett med hverandre, andre ikke. På systemnivå ble det beskrevet lite fast samarbeid. I en kommune fantes det faste møtepunkter mellom fastleger og hjemmetjenesten, i den andre hjemmetjeneste og fysioterapi. Faste møter, med intensjon om å drøfte saker anonymt, bli kjent og dele kunnskap, ble trukket frem som forbedringsforslag. Manglende informasjon ble problematisert: «Så man er også som fagperson litt utrygg [...] for jeg kjenner ikke også får du ikke infoen heller, for du har ikke tilgang til journalen.».

Rutiner og systemer

Måten deltakerne samhandler ble beskrevet som mer tilfeldig, enn planmessig. Flere benektet å ha skriftlige rutiner for samarbeidet. Allerede etablerte samarbeidsrutiner og pasientsikkerhetsarbeid ble foreslått som utgangspunkt for å etablere rutiner. Noen av deltakerne poengterte at strukturering av samarbeidet må initieres av ledelsen, andre tematiserte hvordan initiativet burde komme fra fagfolkene: «Men vi må jo legge et press på dem, vi kan jo ikke bare satse på at det kommer ovenfra uten at vi gjør noe med det».

Rolleavklaring

Noen opplevde sin rolle i samarbeidet som tydelig, og oppga at de innhenter ekspertise ved behov. Majoriteten av deltakerne opplevde sin egen og andres roller som uklare. En deltaker sa: «jeg er jo litt forvirret i min egen enhet, ikke sant, for hva skal man gjøre [...]». Det ble også tematisert hvorvidt rollene var uklare for pasientene. Flere av deltakerne i begge kommunene ønsket å bli bedre kjent med hverandres rolle og funksjon. Å møtes til intervju opplevdes nyttig, en deltaker uttalte: «Det er jo kanskje bare det å komme og treffe folk gjør at man blir mer obs igjen på hvordan man kan samarbeide. Bare det å se folket gjør at man tenker at det er kortere vei til å ta kontakt.».

Oppmerksomhet på somatisk helse

Usikkerhet på egen kompetanse rundt arbeid med mennesker med alvorlig psykiske lidelser kom til uttrykk i intervjuene. Deltakerne etterlyser kunnskap om både psykiske lidelser og oppfølging av somatisk helse hos denne gruppen, flere uttalte at dette gir trygghet, eksempelvis: «Og det skaper trygghet, desto mer kunnskap og informasjon man har, ikke sant, jo mer trygg blir vi alle mann». Deltakerne sier at det ikke har vært fokus på oppfølging av somatisk helse på deres arbeidsplasser hos denne pasientgruppen og savner tydeligere

føringer: «Jeg tror at nasjonale føringer og satsning som på overordnet, at det er innmari viktig.».

Brukerperspektivet i samarbeidet

Pasientene ble beskrevet som en ekskludert gruppe: «den her gruppen med rus psykiatri det er ei ekskludert gruppe på en måte [...] man har jo en fysisk helse også». Brukernes autonomi ble tematisert mellom deltakerne: «Og autonomispørsmålet er jo veldig sterkt faktisk for oss alle sammen [...]». Flere fokuserte på at brukeren må selv ønske hjelp i forhold til oppfølging av somatisk helse, som ved dette eksemplet: og samtidig at helsepersonell har en oppgave i å tilby hjelp og motivere. Noen deltakere beskrev at mange er opptatt av andre problemer, og at de selv nedprioriterer egen fysisk helse. Hvor motivasjonen for ending og hjelp ligger ble også tematisert. Deltakerne poengterte også relasjonens innvirkning på samarbeidet med pasienten, flere hadde erfaring med å få til gode samarbeid dersom man hadde en god allianse til pasienten. Kompleksiteten rundt brukerne ble fremhevet som en faktor som kan utfordre oppfølgingen: «mange ting som brenner og mange flammer som må slukkes og forebyggende medisin kommer ganske langt bak i prioriteringsrekkefølgen».

Diskusjon

I denne fokusgruppestudien ble det undersøkt hvordan helsepersonell samarbeider rundt oppfølging av somatisk helse til personer med alvorlige psykiske lidelser. Fokus var også forbedringsmuligheter.

Deltakerne antydte at de i liten grad interagerer utenom enkeltsaker, da hovedsakelig gjennom elektroniske meldinger og ansvarsgruppemøter. I fokusgruppeintervjuene fremkom det at samarbeidet primært var preget av tilfeldigheter og den enkeltes interesser og kunnskap, og at samsamarbeidet var lite satt i system. Enkelte vektla at deres egen rolle var uklar, og at de manglet kjennskap til hverandres roller, ansvar og utfordringer. Noen av deltakerne opplevde begrenset kompetanse på alvorlige psykiske lidelser, andre på oppfølging av somatisk helse hos denne gruppen, og savnet satsing på denne problematikken. Brukerens rolle i samarbeidet ble tematisert på ulike måter som relevante faktorer i det tverrfaglige samarbeidet, både relasjonen til brukeren, den enkeltes autonomi og motivasjon. Mangfoldet rundt disse brukerne ble også opplevd som en faktor som påvirker samarbeidet rundt somatisk helse. I fokusgruppene ble det generert mange forslag for løsninger og enkelttiltak rettet mot hemmende faktorer.

Så vidt meg bekjent har ikke det vært forsket på samarbeidet innad i kommuner rundt oppfølging av somatisk helse hos denne pasientgruppen i Norge. Resultatene fra studien kan virke forutsiktbare og i tillegg i samsvar med andre studier på feltet (7;9;30). Studien viser likevel at faktorene er vel så relevante i dag, og må møtes på en eller annen måte, dersom samfunnet skal lykkes med å normalisere livstidsforventingene til denne sårbare befolkningsgruppen.

Studien har innsamlet mange potensiell verdifull forslag som er konkret knyttet til enkelte hemmende faktorer: Rutiner kan være nyttige i et tverrfaglig samarbeid for å standardisere handlingen rundt ukompliserte oppgaver, mens overstandardisering kan være en fallgrube (32). Deltakerne i studien var også opptatte av balansen mellom behov for flere rutiner for oppfølgingen og samarbeidet, og samtidig bevare fleksibiliteten som kan ivareta individuelle behov. Det finnes noen nasjonale føringer for oppfølging av somatisk helse hos denne brukergruppen (35). Deltakerne etterlyste nasjonale føringer, som kanskje kan antyde at slike retningslinjer i liten grad er implementert i primærhelsetjenesten. En individtilpasset måte å screene for kardiometabolsk risiko og forslag til oppfølgingstiltak, samt ansvarsfordeling gjennom en slik rutine vil kunne imøtekomme det deltakerne etterspør.

Samhandlingskompetanse bygger blant annet på å vite om andres roller, funksjon og kunnskap (36). Manglende avklaring rundt egen og andres roller kan bidra til unødvendige misforståelser og potensielle konflikter. På en annen side kan delvis overlappende funksjoner gjøre det vanskelig å tydelig definere rollene (37). Deltakernes forslag om faste møtepunkter kan fremme samarbeidet ved å avklare rutiner og roller og kan også være en arena for erfaringsutveksling og økt kompetanse (30).

For å belyse sammenhengen mellom de ulike faktorene kan systemteori være et teoretisk utgangspunkt. Vik skriver at mens Samhandlingsreformen (18) fremhever at helsepersonell skal ta utgangspunkt i helheten, kan det være problematisk om en tar utgangspunkt i Luhmanns systemteori og forstår helsevesenet som funksjonelt differensiert. Videre at Luhmann benyttet begrepet funksjonell differensiering for å vise til at man i det moderne samfunnet har mange autonome systemer som opprettholder sin funksjon (38). Mellom spesialiserte og funksjonsdifferensierte tjenester og kunnskapsområder kan det være utfordrende å håndtere helheten og sammenheng (37). Brukeren i et systemteoretisk og

sosialkonstruktivistisk syn vil være delaktig i mangfoldige systemer med ulike samspillsmønstre og konstruksjoner av virkeligheten. Tverrfaglig samarbeid, der målet er å finne gode løsninger for en sårbar gruppe impliserer at ulike tjenester og personer med ulik kompetanse enes. Her er god kommunikasjon avgjørende for å bygge trygge relasjoner og gjennom språk skape sammen med brukeren løsningsorienterte konstruksjoner av individets virkelighet (39).

Studien har implikasjon for praksis ved at den gir kunnskap om hvordan helsepersonell i primærhelsetjenesten samarbeider og hvilke faktorer som hemmer samarbeid og hva som kan bedre samarbeid. Lokalt er det nyttig å kjenne til disse barrierene for å kunne iverksette tiltak for å redusere økt sykkelighet og dødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

Studiens begrensninger

Studien er basert på et utvalg på totalt kun ni deltakere. Det kan tenkes at andre nyanser ville kommet til syne ved et større utvalg, flere fokusgrupper eller kommuner. Andre vinklinger kunne fremkommet dersom utvalget inkluderte eksempelvis brukere, pårørende, koordinerende enhet eller spesialisthelsetjenesten. En svakhet var at ikke alle faggruppene var representert i den ene fokusgruppen. Det kan ikke utelukkes at studien kan også være biased gjennom forforståelser medført av forfatteren som også gjennomførte intervjuene og analysene. Det ble iallfall prøvd å beskytte studien mot den typen bias ved å inkludere en erfaren komoderator og en annen person for å sikre pålitelighet av analysene. På den andre siden anses erfarings- og systemkunnskap som forfatteren hadde med seg fra før som styrke i studien, uten den hadde muligens fokusgruppene ikke vært gjennomførbare.

Konklusjon

Samarbeid i primærhelsetjenestene rundt den somatiske helsen til alvorlig psykisk syke mennesker er preget av mye tilfeldighet, usikkerhet og et manglende fokus på brukeren som aktiv part i omsorgen. Behov for avklaring av samarbeidsmåter, roller, rutiner, økt kunnskap og brukerens rolle i samarbeidet ble trukket frem som viktige faktorer. De ulike faktorene kan belyses hver for seg eller sees på i en større sammenheng.

Referanser

1. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8(1):e55176.
2. Heiberg I, H., Jakobsen BK, Nesvåg R, Bramness J, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018;13(8):e0202028.
3. Statistisk sentralbyrå (SSB). Døde [internett]. [oppdatert 11.03.2020; lest 14.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>
4. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ (Clinical research ed)* 2013;346:f2539.
5. Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder – Changes in the danish population between 1994 and 2006. *Journal of Psychiatric Research* 2011;45(1):29-35.
6. Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One* 2013;8(6):e67133.
7. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16(1):30-40.
8. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic Hospital Contacts, Invasive Cardiac Procedures, and Mortality From Heart Disease in Patients With Severe Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry* 2009;66(7):713-20.
9. John HVG, Jean Y, Steven JH. A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice Washington: Washington: Association of Schools of Allied Health Professions [lest 14.10.20]. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
10. Kaufman E, McDonnell M, Cristofalo M, Ries R. Exploring Barriers to Primary Care For Patients with Severe Mental Illness: Frontline Patient and Provider Accounts. *Issues in mental health nursing* 2012;33:172-80.
11. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter [internett]. [lest 15.10.20]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
12. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. [internett]. [lest 15.10.20]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
13. Ehrlich C, Dannapfel P. Shared decision making: People with severe mental illness experiences of involvement in the care of their physical health. *Mental Health & Prevention* 2017;5:21-6.
14. Helsedirektoratet. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Rapport: IS-2314 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 13.09.20]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>
15. Helsedirektoratet. Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 20.09.20]. Tilgjengelig

- fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
16. Departementene. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) [internett]. Oslo, [lest 15.10.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
 17. Helsetilsynet. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse [internett]. Statens Helsetilsyn [lest 09.09.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/risikovurdering-av-tjenester-til-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse/>
 18. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
 19. Fickel JJ, Parker LE, Yano EM, Kirchner JE. Primary care--mental health collaboration: An example of assessing usual practice and potential barriers. *Journal of Interprofessional Care* 2007;21(2):207-16.
 20. Hunt CM, Spence M, McBride A. The role of boundary spanners in delivering collaborative care: a process evaluation. *BMC Fam Pract* 2016;17:96.
 21. Jang J, Futeran S, Large M, Curtis J. An audit of general practitioner involvement in public community mental health care. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2015;23(5):571-4.
 22. Lavie-Ajayi M, Moran GS, Levav I, Porat R, Reches T, Goldfracht M, et al. Using the capabilities approach to understand inequality in primary health-care services for people with severe mental illness. *Israel Journal of Health Policy Research* 2018;7(1)(49).
 23. Meyer-Kalos P, Lee M, Studer L, Line T, Fisher C. Opportunities for Integrating Physical Health Within Assertive Community Treatment Teams: Results from Practitioner Focus Groups. *Community Mental Health Journal* 2017;53(3):306-15.
 24. O'Neill EA, Black DR. Collaborative care for individuals with bipolar disorder or schizophrenia and co-occurring physical health conditions: A systematic review. *Social Work in Mental Health* 2017;15(6):705-29.
 25. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu MC, Benoit A, Brouillet H, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC family practice* 2016;17(1):134.
 26. Rollins AL, Wright-Berryman J, Henry NH, Quash AM, Benbow K, Bonfils KA, et al. Managing physical and mental health conditions: Consumer perspectives on integrated care. *Social Work in Mental Health* 2017;15(1):66-79.
 27. Symonds D, Parker R. The Top End Mental Health Services General Practice Clinic: An initiative for patients with serious mental illness. *Australasian Psychiatry* 2007;15(1):58-61.
 28. van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. *BMC health services research* 2013;13:426.
 29. van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2015;131(5):387-96.
 30. Sørensen M, Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care* 2018;13(3):13.

31. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
32. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
33. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
34. Tjora AH. Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
35. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner – Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer IS: 2642 [internett]. Oslo[oppdatert 30.01.19; lest 09.10.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
36. Orvik A. Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
37. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget 2004.
38. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskrift for velferdsforskning 2018;21(2):119-47.
39. Gulbrandsen LM. Oppvekst og psykologisk utvikling. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

Tabell 1: Sentrale sitater, med tilhørende kode innenfor hvert konsept. I denne tabellen er ikke kodegrupper inkludert

Rådata	Kode	Konsept
Deltaker 7: «det er noen jeg synes vi har veldig gode samarbeid også med hjemmetjenesten faktisk og andre som kanskje, den her type pasient kun at hjemmetjenesten har dem, at vi ikke vet om de eller er inne i bildet og omvendt, så det er så forskjellig»	Noen veldig gode samarbeid, andre vet vi ikke om, forskjellig	Arenaer for samarbeid og informasjonsdeling
Deltaker 6: «Det er bare at man må liksom da lage, altså retningslinjer og litt system, for at det kan jo ikke bli sånn at vi gjør det sånn nå også, altså på den, men ikke på den, vi må liksom ha litt mer sånn satt ting i system.» Deltaker 2: «[...] det her med å organisere oss, struktur og fokus og alt det her at det blir litt tilfeldig det som foregår i for stor grad».	Lage retningslinjer og system Tilfeldig organisering, struktur og fokus	Rutiner og systemer
Deltaker 9: «Det er vel det som går igjen det her, det her med at usikkerhet, at ikke rollen er klarert på ting, egentlig i alle gruppene, hva, at det ikke er noe ordentlig plan, kanskje, at det er veldig individuelt hvilken hjelp noen får etter hvem de treffer på og hva forhistorien er». Deltaker 8: «Jeg tror vi skulle hatt møter med alle tjenestene og hvor man definerer rollene, blir kjent med hverandre, vet hvor vi har hvem, når tid [...]».	Ikke rollen er klarert Definere roller, blir kjent	Rolleavklaring
Deltaker 3: «Også er dette en gruppe hvor man kan kjenne på kanskje strekker ikke kunnskapen og kompetansen helt til der det gjelder alvorlige psykiske sykdommer, sånn at man liksom ikke kan så mye om og ikke helt vet hvordan man skal møte [...]» Deltaker 6: «Det hjelper jo at det er litt satsing da, for det har vi jo hatt på alt det andre [...] men null på den her pasientgruppen.»	Kunnskap og kompetanse strekker ikke til Hjelper med satsning	Oppmerksomhet på somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse
Deltaker 2: «Ja, så det er ikke noe nytt med samvalg, men det er jo det her med det kardiovaskulære er jo ikke noe særlig fokus på, har vi ikke vært flink nok, men samtidig så er det jo pasienten som må få bestemme i stor grad hva det er som dem vil bruke tiden sin på og hva de vil spise også videre, men det er klart vi kan bli meget bedre til å informere og følge de opp» Deltaker 3: «Ofte så er det jo vi som har både lyst og forventninger og det kjenner jeg veldig på vegne av folk hvor lyst jeg har til at de skal ville noe annet, at de skal komme i form eller at de skal, enten helsepersonell eller pårørende har så lyst.»	Samvalg, ikke kjøre over folk Vi som har lyst og forventninger på brukerens vegne	Brukerperspektivet i samarbeidet

Marte Hykkerud Klevstad
Indre Steinfjordvei 53
9360 Bøstad
martehkl@hotmail.com

Edith Roth Gjevjon
Sykepleien Forskning
edith.gjevjon@ldh.no

Vestvågøy, 02.11.20

Følgdebrev til redaktør av Sykepleien Forskning

Som artikkelen og annen relevant forskning viser har personer med alvorlig psykiske lidelser i gjennomsnitt større risiko for å miste friske leveår og dø tidligere enn befolkningen for øvrig. Somatisk uhelse og spesielt knyttet til kardiometabolske risikofaktorer er en viktig grunn til dette. Inndelingen mellom psyke og soma har vært tematisert gjennom tidene, og denne overdødeligheten peker på at det er viktig å forsøke å se helheten i en sammenheng. Sykepleiere bidrar inn i det tverrfaglige samarbeidet i kommunehelsetjenestene, med sin kompetanse på både samhandling, psykiske lidelser og somatisk helse. Denne studien undersøker hvordan de ulike profesjonene som møter denne brukergruppen opplever det tverrfaglige samarbeidet og hvilke forbedringstiltak de tenker finnes. Studien kan gi en økt forståelse for hvilke faktorer som kan hemme og fremme et tverrfaglig samarbeid i kommunene rundt denne brukergruppen og denne tematikken. Dette er kunnskap som kan ansees som relevant for Sykepleien Forsknings lesere.

Da artikkelen presenterer et systematisk litteratursøk overskrider referansene anbefalt antall 30.

Uavhengige fagfeller kan eksempelvis være Marianne Strom og Ottar Ness.

Med hilsen

Marte Hykkerud Klevstad

