

Spesialisthelsetjenestens veiledning til kommunale tjenesteyterne som jobber med mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse.

En spørreundersøkelse om utbytte av faglig veiledning til kommunale tjenesteytere i fem boliger i kommunal regi.

Abrar Yar Khan



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

14.09.16

Navn: Abrar Yar Khan	Dato: 14.09.16
<p>Tittel og undertittel: Spesialisthelsetjenestens veiledning til kommunale tjenesteyterne som jobber med mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse. En spørreundersøkelse om utbytte av faglig veiledning til kommunale tjenesteytere i fem boliger i kommunal regi.</p>	
<p>Sammendrag</p> <p>Bakgrunn: Psykiatriske spesialisthelsetjenester til mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse er lite studert og det er også relativt lite kunnskap om hvilke psykososiale behandlingsmetoder som virker overfor denne gruppen pasienter. Den kunnskapen som finnes i spesialisthelsetjenestene er viktig å formidle til kommunale tjenester når pasienter med utviklingshemning skrives ut til sin hjemkommune. Veiledning til ansatte i kommunale bofellesskap er en sentral faktor i kunnskapsformidlingen.</p> <p>Hensikt: oppgavens hensikt er å undersøke hvordan kommunale tjenesteytere opplever faglig veiledning fra en psykiatrisk spesialist avdeling for voksne pasienter med utviklingshemning og psykisk tillegglidelse.</p> <p>Teoretisk forankring: Oppgaven tar utgangspunkt i relevant faglitteratur og tidligere forskning om pasientgruppen og faglig veiledning.</p> <p>Metode: Det er valgt en kvantitativ metode i form av spørreskjema til kommunale tjenesteytere i fem kommunale boliger til voksne mennesker med utviklingshemning og psykisk tillegglidelse. Det ble gjort et litteratursøk med kombinasjonen utviklingshemning, psykisk lidelse, helsetjenester og faglig veiledning. Fordi tema er veldig lite studert, ble det utarbeidet et spørreskjema til dette bruk. Det ble gjort både deskriptiv analyse og en faktoranalyse av svarene.</p> <p>Resultater: Hovedfunnene i studien omfatter deltagerens syn på veiledningen og utbytte av veiledningen. En faktoranalyse viste at svarene dannet tre faktorer: utbytte, ressurser og faglighet. Det var høy svarprosent, 85% og det var variasjon i utdanning og erfaring hos deltagerne. De fleste av de 39 deltagerne var godt fornøyd med den veiledningen de hadde fått fra spesialisthelsetjenesten. Hyppigere møter, lengre møtetid og mer konkret diskusjon omkring aktuelle brukere ble foreslått for å bedre utbytte av veiledningen.</p> <p>Konklusjon: Veiledning fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til kommunale tjenesteytere som har ansvar for personer med utviklingshemning og psykisk lidelse er en viktig oppgave innen klinisk helsearbeid for miljøterapeuter i aktuell spesialisthelsetjeneste. Pasientene vil tjene på at kommunale tjenesteytere har god kunnskap om tilstand og hvordan utøver godt klinisk helsearbeid.</p> <p>Nøkkelord: Psykisk utviklingshemning, psykisk lidelse, psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenesteytere, faglig veiledning, fagdag.</p>	

Name: Abrar Yar Khan	Date: 14.09.16
Title and subtitle: Specialist health services counselling towards local services for people with intellectual disabilities and mental health problems. A questionnaire regarding counselling for employers in community services in five community residences.	
Abstract <p>Background: Psychiatric specialist services for people with intellectual disabilities is an understudies topic. The knowledge about the effect of psychosocial treatment methods towards this patient group is limited. However, the knowledge in the specialist services is important to communicate to the local services when these patients are discharged from psychiatric units. Counselling for employees in community services is a core factor withinin counselling.</p> <p>Aim: The aim was to investigate how community service providers experience professional counselling from a psychiatric specialist department for patients with intellectual disability and mental disorders.</p> <p>Theoretical foundation: The study is based on relevant literature and previous research on the patient group and on professional counselling.</p> <p>Method: A quantitative design was chosen using a questionnaire. Service providers in five community residences were invited to participate. A search for literature was conducted combining intellectual disabilities, mental disorders, community services, and professional counselling. A questionnaire was constructed especially for this study. Both descriptive and factor analysis were conducted.</p> <p>Results: The main findings encompass characteristics of the participants, their view about, and benefits from, the counselling. Factor analysis revealed three factors: benefit, resources, and professionalism. The response rate was high, 85%. Both education and experience varied across the sample. Most of the 39 participants were pleased with the counseling from the specialist services. More frequent meetings, longer meeting durations, and more specific discussions about the patients were suggested to improve the benefits of the counselling.</p> <p>Conclusion: Professional counselling from psychiatric specialist services towards community service providers taking care of people with intellectual disabilities and mental disorders is an important task within clinical mental care for milieu. The patients will profit from better informed community service providers, learning more about the patients' disorders as well as how to conduct adequate clinical mental health care.</p>	
Key words: Intelctual disability, mental disorder, psychiatric specialist services, community services, professional counselling, day seminar	

FORORD

Først og fremst så ønsker jeg å takke min veileder, forsker Linn Gjersing, som har vært enestående. Hun har sørget for flotte diskusjoner, utfordret meg og hjulpet meg med å holde tempo oppe hele veien. Spesielt de gangene man kunne bli motløs, så var samtalene med henne gode å ha, for å ikke si helt avgjørende. Vil også rette en stor takk til forsker Trine Lise Bakken, for noen fantastiske faglige diskusjoner og veiledningstimer. Samtalene med henne var både inspirerende, motiverende og ikke minst lærerike. Hun har hjulpet meg med å finne relevant litteratur som ikke er så lett tilgjengelig i de internasjonale databasene, men som har vært viktig for denne oppgaven. Enhetsleder ved posten jeg jobber, Gunn Helene Klevmoen, skal også takkes for god tilrettelegging og gode samtaler underveis med oppgaven. Bibliotekar Eldbjørg Marie Nåheim Eien, har gjort en fremragende jobb med innhenting av litteratur og gode samtaler. Vil selvsagt også takke høyskolen, med- studenter, lærere for gode diskusjoner under workshop og andre samlinger. Vil avslutningsvis trekke frem en stor takk til min familie som har holdt hjulene i gang og lagt tilrette for at jeg kunne ha holdt på denne oppgaven.

Drammen, September 2016

Abrar Yar Khan

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for studien og valg av tema.....	1
1.2	Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.2.1	Studiens hensikt	2
1.2.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3	Avgrensning av oppgaven	3
1.4	Sentrale begreper og definisjoner.....	4
1.5	Studiens relevans for klinisk helsearbeid	6
2.0	BAKGRUNN	7
2.1	Innledning.....	7
2.2	Psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning.....	7
2.3	Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til mennesker med utviklingshemning.....	9
2.3.1	Psykisk helsearbeid til mennesker med utviklingshemning.....	10
2.4	Kommunale tjenester til voksne med utviklingshemning.....	11
2.5	Faglig veiledning.....	13
2.5.1	Fagdag	17
2.5.2	Fagdag i aktuell avdeling	18
3.0	DESIGN OG METODE	20
3.1	Litteratursøk.....	20
3.2	Spørreskjema.....	21
3.3	Setting	22
3.4	Utvalg	23
3.5	Dataanalysen.....	23
3.6	Statistiske begreper.....	23
3.7	Etiske refleksjoner	25
4.0	RESULTATER.....	27
4.1	Beskrivelse av utvalget	27
4.2	Besvarelsene på enkeltutsagn.....	29
4.3	De tre skalaene funnet gjennom faktoranalyse	31
4.4	Sammenligning av gjennomsnittskårer for ulike utdanningsnivå, kjønn og stillingsprosent.....	32
4.5	Besvarelsene på de to åpne spørsmålene i spørreskjemaet.....	33
5.0	DISKUSJON AV FUNNENE	36

5.1 Hovedfunnene	36
5.2 Kliniske implikasjoner	42
6.0 DISKUSJON AV METODE	46
6.1 Generelle styrker og svakheter ved undersøkelsen	46
6.2 Metodevalg	47
6.3 Validitet og reliabilitet	49
6.4 Risiko ved bias ved selvrapportering	50
7.0 KONKLUSJON	52
7.1 Forslag til videre forskning	53
8.0 LITTERATURLISTE	54

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget	28
Tabell 2: Antall og prosent for utsagnene i spørreskjemaet	30
Tabell 3: Skalaer funnet gjennom faktoranalyse	32
Tabell 4: Gjennomsnittsskårer for skalaene utbytte, ressurser og ferdigheter.	33

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Appendiks nr.	Vedleggs-beskrivelse
1.	Litteratursøk
2.	Spørreskjema
3.	Informasjonsskriv

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven har som hovedproblemstilling å se på kommunale tjenesteyteres opplevelse/ erfaringer i kontakt med en psykiatrisk spesialisttjenesteavdeling, etter utskrivelse for voksne mennesker med utviklingshemning. Masteroppgaven er en kvantitativ studie. Først presenteres bakgrunn for studien og valg av tema, deretter presenteres hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, så avgrensning, sentrale begreper og studiens relevans for psykisk helsearbeid (kapittel 1). Kapittel 2 inneholder kunnskapsgrunnlaget med relevant litteratur og forskningsartikler. I kapittel 3 beskrives metoden som er brukt og dette inkluderer også et avsnitt om etikk. Deretter presenteres resultatene i kapittel 4 og så diskuteres resultatene i denne undersøkelsen i lys av den litteraturen som finnes på området (kapittel 5). I denne delen vil implikasjoner for eksisterende kunnskap og funnenes relevans for klinisk helsearbeid bli diskutert. Diskusjonen av metodespørsmål diskuteres i kapittel 6. Oppgaven avsluttes med oppsummering og konklusjoner (kapittel 7).

1.1 Bakgrunn for studien og valg av tema

Jeg har arbeidet som sykepleier på en avdeling i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utredning av psykisk lidelse hos voksne mennesker med psykisk utviklingshemning siden 2006. Kunnskapen om personer med psykisk utviklingshemning med psykisk tilleggslidelse er begrenset fordi det inntil for et par tiår siden fremdeles var lite kjent at mennesker med utviklingshemning kunne utvikle psykisk lidelse (Bakken, Helverschou & Martinsen, 2016). Pasienter som skal utredes blir henvist fra kommunehelsetjenesten. Etter et opphold på mellom tre og ni måneder blir pasienten utskrevet og ansvaret flyttes tilbake til kommunehelsetjenesten. Etter at pasientene har blitt utskrevet fra avdelingen, får de ansatte i førstelinjetjenesten opplæring og undervisning i form av faglig veiledning. Den faglige veiledningen er ment å være en viktig arena for kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling. Siden 2009 har jeg hatt ansvaret for å gjennomføre den faglige veiledning i samarbeid med behandler som er lege eller psykolog for de pasientene jeg er miljøterapeutisk ansvarlig for i avdelingen. Tilbakemeldingene jeg har fått fra de ansatte i førstelinjetjenesten etter den faglige veiledningen gjennom flere år, både alene og i større grupper, har gjort at jeg har blitt nysgjerrig på hvilken utbytte de faktisk har av veiledningen. Det har aldri tidligere vært undersøkt hvilket utbytte de ansatte i kommunehelsetjenesten har av den faglige veiledningen

for personalgrupper som har ansvar for denne pasientgruppen. Det var derfor både faglig nysgjerrighet og personlig interesse at temaet for denne masteroppgaven ble faglig veiledning.

Som sykepleier med ansvar for den faglige veiledningen i ca syv - åtte år, var det av interesse å undersøke temaet faglig veiledning. Har jobbet som sykepleier på avdelingen i ca ti år. Har i denne perioden hatt mange og varierte arbeidsoppgaver, herunder miljøarbeid/miljøterapi rettet direkte til pasientene. Etter at pasientene har blitt utskrevet fra avdelingen, fører det med seg en rekke undervisning og opplæring til ansatte i førstelinjetjenesten. I denne etter innleggelsesperioden er den faglige veiledningen en viktig arena for kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling. Tilbakemeldingene i fra den faglige veiledningen gjennom flere år, både alene og i større grupper var avgjørende for valg av tema. Kunnskapsgrunnlaget for oppgavens tema er begrenset fordi det inntil for et par tiår siden fremdeles var lite kjent at mennesker med utviklingshemning kunne utvikle psykisk lidelse (Bakken et al., 2016).

1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

1.2.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan overføringen av kunnskap fra en psykiatrisk spesialisttjenesteavdeling til kommunale tjenesteytere som arbeider med voksne mennesker med utviklingshemning kan bli bedre. I tillegg er hensikten med studien å undersøke hvilket utbytte de ansatte i kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning opplever den faglige veiledningen de mottar fra spesialisthelsetjeneste.

Hvordan de kommunale tjenesteyterne opplever den faglige veiledningen kan gi viktige innspill slik at veiledningen fra spesialisthelsetjenesten kan bli bedre og på sikt kan dette føre til økt kompetanse i kommunene.

1.2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg ønsker å undersøke følgende problemstilling: *"Hvordan opplever kommunale tjenesteyteres faglig veiledning fra en psykiatrisk spesialist avdeling for voksne med utviklingshemning, målt med et spørreskjema?"*.

Med utgangspunkt i min problemstilling ønsker jeg å stille følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan erfarer helsepersonell i førstelinjetjenesten den faglige veiledningen de mottar fra spesialisthelsetjenesten?
2. Hvilke organisatoriske faktorer kan gjøre den faglige veiledningen mer verdifull?
3. Er det forskjeller i utbytte av den faglige veiledningen mellom menn og kvinner, de uten og med høyere utdanning og mellom de som arbeider deltid og fulltid?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven er det gjort avgrensninger i forhold til pasientgruppe, setting, kommunale tjenesteytere og type faglig veiledning.

Pasientgruppen omfatter pasienter over 18 år som har en diagnostisert psykisk utviklingshemning og mistanke om eller bekreftet psykisk lidelse. Denne pasientgruppen er det lite kunnskap om og det er derfor en viktig oppgave å formidle både innholdet i diagnose og de miljøterapeutiske prinsippene ved utskrivning og dermed overføring til kommunale tjenester. Settingen er regional psykiatrisk avdeling for voksne pasienter med utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse. Avgrensningen er gjort for å diskutere hvilke tema som er viktig for kompetanseoverføring til kommunale tjenester for akkurat denne spesielle pasientgruppen. Når pasientene i denne gruppen skrives ut til videre oppfølging i kommunene er det en rekke yrkesgrupper som følger opp. Det er fastlege, lærer for de som går på skole, ansatte i vernet arbeid eller dagsenter, ansatte i psykisk helse samt eventuelt støttekontakt og andre som ergoterapeut eller fysioterapeut (Bakken, 2016a). I denne oppgaven er det valgt kommunale tjenesteytere som jobber i pasientens kommunale botilbud fordi de ansatte i bolig er de som er sammen med pasienten mesteparten av tiden og også har ansvar for å følge til andre. Det er de ansatte i bolig som også som regel har mest kontakt med de pårørende. Pasienter i denne gruppen utvikler ofte nære relasjoner kommunale tjenesteytere som jobber i bolig, på godt og vondt (Bakken, 2016c). Spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar overfor primærhelsetjenesten. det kan være en rekke faglige tema i slik veiledning, mye avhengig av hva slags sykdom eller lidelse det dreier seg om. I denne oppgaven er det valg å avgrense undersøkelsen til innholdet i en fagdag som avholdes i tiden rundt utskrivning. Fagdag er valgt fordi psykisk helsearbeid er en sentral del av fagdagen da de miljøterapeutiske intervensjonene som anbefales gjennomført også etter at pasienten er utskrevet blir gjennomgått i detalj på en slik fagdag (for innhold i fagdag, se kapittel Bakgrunn - fagdag).

1.4 Sentrale begreper og definisjoner

Veiledning: Er en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse for den mottakende kandidaten (Teslo, 2006). Begrepet veiledning brukes i mange og i ulike sammenhenger og betydninger.

Faglig veiledning: skal den enkeltes forhold til faget, fagutøvelsen, samarbeidsforholdet og relasjonen mellom bruker og fagpersonen være i fokus. Veilederen kan videre velge hvilket aspekt han velger å vektlegge som det kognitive, det affektive eller det handlingsrelaterte (Teslo, 2006).

Utviklingshemning: Det foregår en diskusjon om det skal hete psykisk utviklingshemning eller utviklingshemning. Dette fordi det å ha en utviklingshemning ikke nødvendigvis innebærer en psykisk lidelse eller kognitiv svikt. Utviklingshemningen kan være av fysisk eller psykisk art. Jeg har valgt å bruke betegnelsen psykisk utviklingshemning og sett hele gruppen med mennesker som har en eller annen form for kognitiv svikt som er ervervet før fylte 18 år som en gruppe (WHO, 1992). Begrepet psykisk utviklingshemmede og utviklingshemning er i denne oppgaven likestilte begreper.

Kommunehelsetjeneste: Kommunehelsetjeneste er en samlebetegnelse på den helsetjenesten som kommunene har ansvar for å drive etter lovgivningen. Kommunehelsetjeneste har ansvaret for å ivareta forebyggende, oppsøkende og behandlende tjenester for innbyggerne sine i kommunen (Helsenorge ,2016). Førstelinjetjeneste er et annet begrep som faller inn under kommunehelsetjeneste.

Kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning: Kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning er mer omfattende enn kommunehelsetjenester (se over). Kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning er svært omfattende og inkluderer i første rekke botiltak med oppfølging (Bakken et al., 2014). Noen botiltak er heldøgnbemannet med opptil flere tjenesteytere for hver beboer med utviklingshemning. Tjenestene omfatter videre tilrettelagt arbeid, dagsenterplass og fritidsaktiviteter. I tillegg får også mennesker kommunehelsetjenester som fastlege og hjemmesykepleie.

Spesialisthelsetjeneste: Spesialisthelsetjenesten omfatter offentlige sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbruk og

ambulansetjeneste (Helsenorge, 2016). Tjenestene er organisert gjennom regionale helseforetak.

Samhandlingsreformen: Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted- til rett tid.

Noe av bakgrunnen for å iverksette samhandlingsreformen var nettopp behovet for koordinering og samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og kommunale enheter i mellom. I tillegg til et krav om effektiv bruk av økonomiske ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Psykiatrisk spesialist avdeling: Ligger inn under psykisk helsevern. En psykiatrisk spesialist avdeling skal gi et spesialisert tilbud til mennesker med psykisk lidelse på for eksempel et sykehus med eller uten døgnopphold. Her jobber det spesialiserte yrkesgrupper. Psykiatrisk spesialist avdeling er ikke et DPS - distrikt psykiatrisk senter (Bakken & Martinsen, 2013).

Klinisk helsearbeid: Begrepet brukes om en videreutdanning ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Skolen forklarer begrepet slik:” Studiet i klinisk helsearbeid skal kvalifisere helsearbeidere som vil arbeide med personer med psykiske lidelser, helsearbeid for eldre og utvikling av tjenester innenfor medisinsk strålebruk til direkte utøvelse av klinisk helsearbeid, faglig ledelse og innføring av nye metoder innen helsevesenet, og ledelse av forbedringsprosjekter på arbeidsplassen og deltakelse i forskning for å fremme kunnskapsutviklingen innen sitt spesialfelt”. Skolen tilbyr tre forskjellige studieretninger: psykisk helsearbeid, tjenesteutvikling innen medisinsk strålebruk og geriatrik helsearbeid (Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016).

Psykisk helsearbeid: begrepet omfatter forskning og klinisk arbeid som fremmer god psykisk helse innen både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Psykisk helsearbeid er flervitenskapelig og tverrfaglig og fokuserer på å fremme og bedre psykisk helse hos enkeltpersoner samt å endre forhold i samfunnet som skaper dårlig psykisk helse (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Hensikten med psykisk helsearbeid er å styrke den enkelte persons selvfølelse og bistå i prosesser for at personen skal kunne mestre hverdagen.

1.5 Studiens relevans for klinisk helsearbeid

Under dette punktet er det valgt å bruke begrepet «psykisk helsearbeid» fordi det er denne typen klinisk helsearbeid som er tema i denne oppgaven.

Det er to hovedgrunner til at denne studien er relevant for psykisk helsearbeid. For det første er det slik at klinisk erfaring i aktuell avdeling viser at pasienter med utviklingshemning som i tillegg utvikler en psykisk lidelse har behov for kompetent miljøbehandling der de bor for at deres livskvalitet skal kunne være god på lengre sikt enn i den perioden de får et tilbud i spesialisthelsetjenesten. For det andre er det avgjørende at kommunale tjenesteytere får opplæring og undervisning i psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning generelt, og også at de også lærer seg å kjenne igjen hvordan den enkelte pasient viser sin psykiske lidelse. Dette siste er spesielt viktig fordi mennesker med utviklingshemning ofte ikke kan fortelle om sine vansker og det er da de som gir daglige tjenester som må kunne observere om de viser tegn på psykisk lidelse slik at de kan tilpasse daglig omsorg.

Veiledning til kommunale tjenesteytere kan være krevende, spesielt fordi klinisk erfaring tilsier det er en svært uensartet gruppe med stor variasjon i utdanningsnivå og erfaringsbakgrunn. Det kan også være en utfordring å treffe med et veiledningsopplegg som inneholder formidling av faglig innhold. Hvilket nivå og hvilke tema som er relevant for den enkelte personalgruppe er antagelig ganske forskjellig. Det er derfor av interesse å få mer kunnskap om hva de som mottar veiledningen egentlig mener. Det kan gjøre at de som gir veiledningen kan trene seg på å tilpasse den faglige veiledning til den enkelte personalgruppe i stedet for å bruke det samme opplegget igjen og igjen.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Innledning

Kunnskapsgrunnlaget for oppgavens tema er begrenset fordi det inntil for et par tiår siden fremdeles var lite kjent at mennesker med utviklingshemning kunne utvikle psykisk lidelse (Bakken, Helverschou & Martinsen, 2016). Døgnbehandling i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste var rett og slett ikke aktuelt, og dermed ikke faglig veiledning til kommunale tjenesteytere heller. Teori og forskning som er relevant for denne oppgaven vil omfatte fem hovedelementer som bakgrunn for oppgaven; psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning, psykiatriske spesialisthelsetjenester til mennesker med utviklingshemning, kommunale tjenester til mennesker med utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse, faglig veiledning, og til slutt klinisk helsearbeid.

2.2 Psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning

Til begynnelsen av nittenhundretallet var personer med psykiske sykdommer og personer med mer alvorlig grad av utviklingshemning mer eller mindre sett på som en gruppe (Scheerenberger, 1983). Grenseoppgangene var utydelige. Uttrykk som ”mentalt tilbakestående” ble brukt både om mennesker med utviklingshemning og mennesker med alvorlig psykisk lidelse (psykose). Først etter 1900 har interessen for ulikhetene mellom psykisk utviklingshemning og alvorlig psykisk lidelse gitt forskningsresultater. De tre hoveddelene i definisjon av psykisk utviklingshemning kom etter 1900: 1. tidlig debut, 2. nedsatt intellektuell fungering, 3. manglende evne til å tilpasse seg (adaptasjon) til samfunnets krav (WHO, 1992). Selve begrepet utviklingshemning refererer til nedsatt intellektuell fungering målt med evnetest som er medfødt eller ervervet tidlig i livet (Eknes, 2014). Det er mange forskjellige årsaker og diagnosen er beskrivende, det vil si at den bygger på atferdskriterier og ikke forståelse av hvorfor tilstanden har oppstått. For å få diagnosen må personen ha IQ under 70 og i tillegg ha store vansker med å klare seg i dagliglivet – såkalte adaptive ferdigheter (Eknes, 2014).

Det er et sammenfall i tid mellom desentraliseringen av omsorgen for mennesker med utviklingshemning i Europa og Nord-Amerika og mer kunnskap om at også utviklingshemmede kan bli psykisk syke (Nøttestad & Linaker, 2001). Psykiske lidelser hos utviklingshemmede har blitt mer fokusert i løpet av de siste tiårene. Rundt 1980 var kunnskap

om at personer med utviklingshemning kunne ha en psykisk lidelse svært lav i de fleste fagmiljøer i Norge (Bakken, 2016a). Symptomer på psykisk lidelse ble sett på som en del av det å være utviklingshemmet; et fenomen som kalles diagnostisk overskygging (Reiss, Levitan & Szyszko). Dette er en viktig del av forklaringen på underrapportering og underdiagnostisering av psykiske lidelser hos utviklingshemmede.

I dag er det enighet om at mennesker med utviklingshemning utvikler de samme psykiske lidelsene som personer i den generelle befolkningen (Cooper mfl., 2007; Smiley mfl., 2007). Det er imidlertid gjennomført få representative forekomststudier. De fleste studier er gjort av utvalg av pasienter som er i behandling – såkalte kliniske utvalg. Studier av representative utvalg viser at personer med utviklingshemning har høyere forekomst av psykiske lidelser enn i normalbefolkningen (Cooper mfl., 2007; Smiley mfl., 2007). Spesielt i forhold til utviklingshemmede som har utfordrende atferd, har forekomst av psykiatriske symptomer vært studert (Emerson, Moss & Kiernan, 1999), og forskerne er enige om økt forekomst.

Det er foreløpig få studier av behandling med representative utvalg hvor deltagerne er randomisert til enten studiegruppe eller kontrollgruppe, det vil si at man sammenlikner en gruppe personer med ønsket å studere, for eksempel personer med utviklingshemning og stadfestet depresjon, med en såkalt kontrollgruppe, som består av et sammenliknbart utvalg av personer med utviklingshemning, som ikke har depresjon.

I løpet av det siste tiåret har mengden artikler om vellykket behandling av mange forskjellige psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning økt sterkt. Mesteparten av artiklene rapporterer om behandlingsmetoder utviklet for allmennbefolkningen som er tilpasset til personer med utviklingshemning.

Fordi mennesker med utviklingshemning kan ha store problemer med å fortelle om plagene sine, kan det være vanskelig både å utrede lidelsene og gi god behandling. Dette gjelder også psykisk helsearbeid (Bakken & Sageng, 2016). Det går et skille mellom psykiske plager som alle mennesker opplever fra tid til annen, og psykisk lidelse. Psykiske plager gir belastninger og ubehag, men ikke i så stor grad at plagene kvalifiserer for diagnose og behandling. Formidling av kunnskap til kommunale tjenesteytere bør derfor inneholde undervisning om hvordan fagfolk kan forholde seg både psykiske hverdagsplager og psykiske lidelser og også hvordan det går an å skille hverdagsplager fra psykisk lidelse (Bakken, 2016c).

2.3 Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til mennesker med utviklingshemning

I perioden på 1990-tallet da tjenester til mennesker med utviklingshemning gradvis ble desentralisert i store deler av Europa og Nord-Amerika, ble det av mange både politikere og fagfolk antatt av psykiatriske helsetjenester kunne bli ivaretatt av den generelle psykiatriske spesialisthelsetjenesten (Chaplin, 2009). Det var også mange som mente at det ikke ville bli bra nok fordi mennesker med utviklingshemning og særlig de som har mer alvorlig utviklingshemning har store vansker med å snakke om sine plager (Chaplin, 2009). Det har i årene siden begynnelsen av 1990-tallet utviklet seg spesialiserte psykiatriske tjenester for mennesker med utviklingshemning internasjonalt og også i Norge (Bakken & Sageng, 2016).

I en internasjonal gjennomgang av psykiatrisk døgntilrettelagt behandling til mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse kommer det fram at slike tjenester er veldig forskjellige og at det er store forskjeller fra land til land om hvordan tjenestene drives (Bakken & Martinsen, 2013). Spesialisert psykiatrisk døgntilrettelagt behandling er fremdeles omdiskutert og det hevdes at det ikke er organisering av tjenestene, men mangel på kompetanse som er den viktigste årsaken til at mennesker med utviklingshemning fremdeles ser ut til å ha mindre tilgang på psykiatrisk utredning og behandling sammenliknet med den generelle befolkningen (Bakken & Martinsen, 2013). I den internasjonale gjennomgangen som omfatter mer enn 4000 pasienter er psykose den mest brukte diagnosen. Dette viser at som i normalbefolkningen er det også hos utviklingshemmede psykose som utløser behov for innleggelse i psykiatrisk sykehus (Bakken & Martinsen, 2013).

I Norge finnes det spesialiserte psykiatritjenester for mennesker med utviklingshemning på regionalt nivå i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. I tillegg er det en spesialisert psykiatriavdeling i Veste Viken HF. I Helse Midt er psykiatritjenestene for mennesker med utviklingshemning organisert som er samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenestene for voksne (Bakken et al., 2015). Det er forventet at voksne personer med lett utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse skal få et tilbud i de ordinære psykiatritjenestene. I realiteten blir ofte pasienter med lett psykisk utviklingshemning og kompliserte tilstander som omfatter i tillegg både autismespekterdiagnose og psykoselidelse søkt til de spesialiserte tjenestene (Bakken et al., 2015).

2.3.1 Psykisk helsearbeid til mennesker med utviklingshemning

Psykisk helsearbeid til mennesker med utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse er veldig lite forsket på (Hovden & Bakken, 2015). Forskningslitteratur på dette temaet er begrenset, særlig det som omfatter psykososiale tilnærminger og spesielt miljøbehandling – altså psykisk helsearbeid (Hovden & Bakken, 2015). Artikkelen til Hovden & Bakken (2015) beskriver hvordan sentrale miljøfaktorer innen psykisk helsearbeid kan tilpasses i kommunale tjenester når brukeren har en sammensatt lidelse med utviklingshemning, autisme og schizofreni. Kommunikasjonsferdigheter hos kommunale tjenesteytere inkluderer å tilpasse seg brukerens individspesifikke behov, tilpasse samhandling til personens ulike sykdomsfaser og ha forståelse for stressorer som lite søvn og vanskelig oppgaver i dagliglivet. Suksessfaktorer er knyttet til forståelse for pasientens symptombelastning, dagsformsvingninger og stor tålmodighet. Også et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, spesielt botilbud, er understreket som avgjørende for et godt resultat i denne artikkelen.

En oversiktsartikkel fra 2016 som omfatter resultater fra 16 empiriske studier konkluderer med at psykisk helsearbeid overfor voksne med utviklingshemning og forskjellige typer psykiske lidelser kan ta utgangspunkt i metoder for behandling som bruke overfor pasienter i normalbefolkningen (Bakken & Sageng, 2016). Bakken og Sageng har gjort en såkalt review - undersøkelse hvor de har sett på empiriske studier av ”mental health nursing” (psykisk helsearbeid) fra 1994 og fram til 2015. De fant kun 16 artikler fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Alle studiene omfattet en eller kun få pasienter. Ingen av studiene sammenliknet forskjellige behandlingsmetoder. Ut fra denne studien kan det se ut som internasjonal forskning på psykisk helsearbeid overfor voksne med utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse er i et veldig tidlig stadium. Oversiktsartikkelen kommer likevel med noen anbefalinger. Som sagt bør fagpersoner ta utgangspunkt i metoder som brukes innen psykisk helsevern i den generelle befolkningen.

Bakken & Sageng anbefaler videre at psykisk helsearbeid til mennesker med utviklingshemning bør tilpasses den enkeltes evnenivå og personlige kommunikasjonsform (Bakken & Sageng, 2016). For eksempel så har personer med en autismespekterforstyrrelse ofte uvanlig uttryksmåte eller de kan bruke ord på en annen måte enn den vanlige. De kan også bevege seg på en uvanlig måte (Mohiuddin et al, 2011). Til sammen så gjør dette at den psykiske helsearbeideren må kunne forholde seg til både grad av utviklingshemning, til uvanlig språk og måte og oppføre seg på, og i tillegg til symptomer på psykisk lidelse.

2.4 Kommunale tjenester til voksne med utviklingshemning

Før ca. 1990 levde et flertall av mennesker med utvikling i sentralinstitusjoner i Norge. Etter at ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemning ble gjennomført i første halvdel av 1990-tallet i henhold til Stortingsmelding 67 – 1986-87, har omsorgen for mennesker med utviklingshemning blitt overført til kommunene (Sandvin, 2011). Reformen skulle sørge for at segregering av mennesker med utviklingshemmede skulle opphøre og mennesker med utviklingshemning skulle anerkjennes på like linje med andre borgere i samfunnet (Sandvin, 2011). Det er blitt påpekt fra flere hold at reformen har mye blitt en boligreform – at mennesker med utviklingshemning flyttet ut fra de store institusjonene og til mindre boenheter i hjemkommunen, men at ”nissen fulgte med på lasset” (Sandvin, 2011).

I en doktoravhandling fra 1996 da omveltningene i omsorgen for utviklingshemmede var ganske ferske, ble det gjort en deltagende observasjon i en bolig for psykisk utviklingshemmede beboere (Jensen, 1992). Jensen beskriver blant annet hvordan konflikter omkring enkelte beboeres opplegg kunne påvirke hele organisasjonen på en uheldig måte, hvis man ikke har strukturer som kan fange opp slike konflikter (Jensen, 1992). En studie hvor tema er selvbestemmelse med 7 ansatte i fem ulike kommunale boliger for voksne med utviklingshemning sier informantene at selvbestemmelse er et vanskelig tema og at kognitiv svikt gjør at beboerne ikke alltid ”tar de beste valgene” (Solheim, 2008). Dette er et interessant funn relatert til veiledning av kommunalt ansatte i boliger fordi det å kunne ta egne valg er viktig for å kunne ha en god psykisk helse (Bakken, 2016c).

Kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning omfatter en rekke forskjellige fagpersoner og tjenestetilbud. Det kan se ut som tilbudene varierer mye mellom de forskjellige delene av landet og fra kommune til kommune. Uansett utgjør botilbudet til personene kjernen i tjenestene (Kittelsaa & Tøssebro, 2013). I en rapport fra NTNU som omhandler sammenhengen mellom boligtype og sysselsetting for voksne med utviklingshemning var hovedfunnet at det ser ut til at det er en sammenheng mellom kommunal organisering av botilbud og sysselsetting (Kittelsaa & Tøssebro, 2013). Kittelsaa & Tøssebro påpeker at i tråd med HVPU-reformen skulle bolig, tjenester og sysselsetting være tre atskilte områder. Det kan se ut som utviklingen ikke har gått i denne retningen. Det bygges stadig flere boliger med institusjonspreget hvor det bor mange, ofte mer enn ti voksne mennesker med utviklingshemning i samme bolig (Kittelsaa & Tøssebro, 2013). Boligene bygges i større grad med fellesareal. Det er også stadig flere i denne gruppen som er helt uten sysselsetting. Det kan se ut som de kommunale dagsentrene har gått fra å være

produksjonsenheter til å være et sted for å delta i aktiviteter. Kittelsaa & Tøssebro oppsummerer med at det kan se ut som de som bor kommuner med flere større samlokaliserte boliger i mindre grad er sysselsatt, mens de som bor i kommuner med mindre boliger sjeldnere er uten sysselsetting. Studien viser også at det ikke er uvanlig at det er de samme ansatte som jobber både i botiltak og på dagsenter eller i annen sysselsetting (Kittelsaa & Tøssebro, 2013). En annen studie finner at det er tydelige tendenser til at bofellesskap for mennesker med utviklingshemning øker i størrelse, det vil at flere enn tidligere bor sammen med andre (Søderstrøm & Tøssebro, 2011). Om dette er bra eller dårlig for de utviklingshemmede, sier disse to rapportene ikke noe om. Det som er relevant for denne oppgaven, er at rapporten understreker at det er de ansatte i kommunale bofellesskap som i stor grad er sammen med voksne mennesker med utviklingshemning. De er også i mange tilfeller sammen med sin bruker på dagsenter eller vernet arbeid på dagtid. De ansatte i botiltak er derfor særlig viktige for kompetanseoverføring innen psykisk helsearbeid ved en utskrivning fra psykiatrisk sykehus.

En sentral årsak til at det er viktig med kompetanseoverføring til de ansatte i kommunale botiltak er at psykisk helsearbeid på flere måter er noe annet enn daglig oppfølging. Daglig oppfølging av personer med utviklingshemning som sikter seg mot at personen skal få et best mulig liv kalles gjerne *miljøarbeid*. Begrepet brukes mye og er upresist og rommer mange ulike måter å jobbe på. Miljøarbeid er et videre begrep enn *miljøbehandling* - et begrep som kan sidestilles med psykisk helsearbeid, og fanger ikke på samme måte opp det miljøterapeutiske arbeidet hvor målet er å redusere symptomer på psykisk lidelse hos personen og å gjenopprette ferdigheter som har vært svekket på grunn av den psykiske lidelsen (Bakken, 2016a). Eller som ved demens, å kompensere for varig funksjonsfall. Miljøarbeid knyttes gjerne til daglig oppfølging av mennesker med utviklingshemning hvor siktemålet er økt grad av mestring og autonomi hos hovedpersonen.

Et annet viktig perspektiv er relasjonene som oppstår til ansatte som er mye sammen med personer med utviklingshemning. Det kan oppstå gode relasjoner fordi brukerne er veldig mye sammen med de ansatte. Det finnes eksempler på at for eksempel voksne brukere med utviklingshemning ønsker at ansatt i botiltak skal være nærmeste pårørende selv om de har familiemedlemmer i live (Bakken, 2016c, kapittel 9). Men relasjonene kan også bli ikke fullt så gode. Særlig hvis brukeren er psykisk syk og for eksempel utagerer mye, noe man vet gir støtte sjanse for psykisk utmattelse hos de ansatte. Det er derfor av største viktighet at faglig

veiledning til kommunale tiltak bidrar til at personen ikke får tilbakefall til ny episode med psykisk lidelse etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Hvor mye oppfølging den enkelte bruker med utviklingshemning får, avhenger av grad av utviklingshemning – det vil si hjelpebehov. Plikt til å gi tjenester er lovregulert, mens hvor mye hjelp den enkelte får, vurderes og hjelp tildeles gjennom kommunale vedtak. Det kan ofte være uenigheter mellom de som gjør vedtak, de som utfører tjenestene (tjenesteyterne), og familien til brukerne (Bakken 2016c, kapittel 9.). Det er et gjennomgående tema både i pressen og i fagmiljøene hvordan ressursene fordeles. Ressurser påvirker også faglig veiledning fordi faglig veiledning krever at noen i personalgruppa samles og lærer/diskuterer. Hvis kun en eller to er til stede på veiledning vil det ha mindre effekt enn hvis mange i personalgruppa er til stede. I tillegg kan psykisk helsevern i løpet av utredningen for eksempel finne ut at en bruker som har vært til behandling innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste har for lav grunnbemanning og anbefale for eksempel 1.1-bemanning. Dette betyr at brukeren skal ha oppfølging hele tiden, i alle fall mens han eller hun er våken (Bakken, 2016c, kapittel 9).

2.5 Faglig veiledning

Før innholdet i begrepet faglig veiledning presenteres, kan det passe å starte med et sitat fra den kjente danske filosofen Søren Kierkegaard: *”Hvis man i sandhed skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst finde ham der, hvor han er og begynde der”*. (Lundstøl, 2012 s.43)

Veiledning er en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse for den mottagende kandidaten (Teslo, 2006). Begrepet veiledning brukes i mange og i ulike sammenhenger og betydninger. Det kan være veiledning av studenter, kollegaer og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten. Veiledningsbegrepet gjelder også overfor klienter eller pasienter og en slik sammenheng kan veiledningsbegrepet settes inn i en terapeutisk tradisjon (Tveiten, 2013). Det finnes neppe noen konsensusdefinisjon av veiledning (Tveiten, 2013). Tveiten legger videre vekt på at det kanskje ikke er nødvendig med en konkret definisjonsavklaring av hva begrepet veiledning er, men hun vektlegger derimot at når veiledning inngår i faglig virksomhet må fagutøverne ha et faglig fundert innhold i begrepet. Veiledningen må tilpasses den aktuelle konteksten selv om innholdet i veiledningen er den samme uansett kontekst

(Tveiten, 2008). Tveiten (2008) sier videre at definisjonen og betydningen av begrepet veiledning bestemmes av sammenhengen veiledningen foregår i og av forståelseshorisonen til den som gir begrepet innhold. Man setter gjerne et begrep foran veiledning for å danne et bilde av hva slags veiledning en har i vente, for eksempel faglig veiledning. Vi kan kort si at veiledningen er en istandsettingsprosess, hvor hensikten er å styrke mestringskompetansen til den som til den som veiledes, gjennom en dialog og basert på kunnskap og humanistiske verdier.

I forbindelse med denne oppgaven er veiledning avgrenset til faglig veiledning til fagpersoner som ikke er kollegaer.

I faglig veiledning skal den enkeltes forhold til faget, fagutøvelsen, samarbeidsforholdet og relasjonen mellom bruker og fagpersonen være i fokus. Veilederen kan videre velge hvilket aspekt han velger å vektlegge som det kognitive, det affektive eller det handlingsrelaterte (Teslo, 2006). Hensikten videre med faglig veiledning er å reflektere over praksis for å bli en bedre og tryggere fagperson. Den som veileder har en viss faglig kompetanse innen området han veileder i, gjerne en spisskompetanse (Teslo, 2006). Til faglig veiledning skal veilederen skape en trygg læresituasjon, formidle relevant kunnskap, stimulere til systematisk observasjon og reflekterende tenkning (Killèn, 2007).

Faglig veiledning skal handle om arbeidssituasjonen, ikke om personlige anliggender med mindre det er direkte relatert til arbeidssituasjonen eller relasjoner til brukere / klienter. Karlsson sier det slik: *"Da jeg startet min reise som veileder i midten av 1980- tallet, var det veldig viktig å si hva veiledningen ikke var. Det var ikke terapi, konsultasjon, sjelesorg, rådgivning, undervisning eller noe annet i disse gatene"* (Karlsson & Oterholt, 2010, s. 16).

For å kunne utvikle noe, må man kjenne den reelle situasjonen, hva behovet er, for deretter å kunne legge til rette for utvikling og utveksling av kompetanse.

Faglig veiledning har mange likheter med undervisning (Tveiten, 2013). Begge deler har som mål at den som veiledes lærer. Undervisning inngår som en del av veiledningen men forskjellen er at mens det i rene undervisningssituasjoner er læreren som bestemmer hva det skal undervises i, er veiledning mer styrt av det fokuspersonen(e) har behov for (Tveiten, 2013).

Fokuspersonen er et annet begrep for den som blir veiledet (Tveiten, 2013). Å bli veiledet er en rolle som innebærer at man er villig til å ta imot det som veilederen formidler. Likevel vil det være veileder som har ansvar for trygge rammer for fokuspersonen (Lauvås & Handal,

2000). En veileder – fokusperson- relasjon vil i de fleste tilfellene være en asymmetrisk relasjon hvor veilederen er den som er i en maktposisjon (Lauvås & Handal, 2000). Det er derfor veileder som bør ta det etiske ansvaret for relasjonen. Veileder bør også ta ansvar for å hjelpe fokuspersonen til å bli bevisst sin rolle i relasjonen. Dette kan for eksempel gjøres ved å snakke litt om roller og hvem som gjør hva i det første møtet.

Å skape trygghet i veiledningssituasjonen er en oppgave veileder bør være seg meget bevisst (Østtveit, 2008). Veiledningssituasjonen bør være preget av ro, at fokuspersonene kan lene seg tilbake og få et ”pusterom” (Østtveit, 2008). Veileder bør være bevisst sin egen tilstand før møtet med fokuspersonene fordi de lett kan bli smittet av den tilstanden veileder er i. For eksempel vil det merkes hvis veileder er stresset og ser ut til å mistroves med oppgaven sin. Oppsummert kan man si at en veiledningssituasjon er mer samspillbasert enn undervisning, fordi samspillet mellom veileder og fokusperson(er) ha mer påvirkning på utbyttet enn ved rene undervisningssituasjoner (Østtveit, 2008).

I tråd med oppfordring i fra Verdens Helseorganisasjon heretter kalt WHO, så har tjenestetilbudet i førstelinjetjenesten blitt stadig viktigere og mer sentral for brukeren. WHO oppfordrer til å yte mer helsehjelp i og rundt brukerens hjem (WHO, 2001).

I følge Spesialisthelsetjenesteloven §6-3(1999) skal helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak, gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

I Stortingsmelding nr.47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1.1.2012, er det vektlagt ytterligere at brukeren skal få mest mulig hjelp nært sitt hjemmeområde av ulike helseinstanser (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen skal være en lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetakene. Den lovpålagte kunnskaps og kompetanseoverføringen som er sentral i den nye reformen gjør at mye av kompetansen som så langt har vært forbeholdt helseforetakene nå skal overføres til den kommunale helsetjenesten og til lokalmiljøet nær brukeren.

Tross gode hensikter er det kommet fram at det er bekymringsfulle utviklingstrekk innen psykisk helsevern etter at samhandlingsreformen ble iverksatt (Kullerud, Løwer & Lydersen, 2013). Der har vært bygget ned tilbud i spesialisthelsetjenesten uten at nye tilbud har blitt bygget tilsvarende opp i kommunehelsetjenesten. Prioriterte områder i samhandlingsreformen som forebyggende arbeid og brukarmedvirkning står svakt, ifølge foreningen Mental helse

(Kullerud et al., 2013). Foreningen er spesielt opptatt av den økonomiske ressursbruken. Det ser ut som somatisk spesialisthelsetjeneste har fått et "forsprang" på rus- og psykiatrifeltet i forhold til finansiering av tjenestene kommunalt (Kullerud et al., 2013). I artikkelen gir forfatterne et eksempel på hvordan en kommune (Stange) har lyktes å gi et godt kommunalt tilbud innen psykisk helse. Stikkordene er at politisk og faglig ledelse sammen har tatt ansvar, og at et godt samarbeid mellom ledere på tvers av sektorer er en del av dette. En artikkel fra Sykehuset innlandet bekrefter funnene til Kullerud et al. (2013) i forhold til at kommunale tjenester er fragmenterte og uklare i samarbeidet instansene imellom (Bratrud & Granerud, 2011). Bratrud & Granerud påpeker også at samarbeidet mellom instanser i kommunen og samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må bedres for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern. Et viktig poeng er at for at samarbeidet skal bli bra, må de ulike samarbeidspartnere kjenne hverandres roller og funksjon og avklare forventninger til hverandre. Overgangstidspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten – altså det tidspunktet da pasienten blir utskrevet fra psykiatrisk behandling, understrekes som spesielt viktig fordi må informasjon og kunnskap om både pasienten og behandlingen kan gå tapt i denne fasen (Bratrud & Granerud, 2011).

I en masteroppgave i psykisk helsearbeid undersøkes det hvilke behov kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemning har (Sageng, 2008). Funnene indikerer at kommunene har størst behov for veiledning og kompetansehevede tiltak i form av kurs og seminarer – altså veiledning som har innslag av undervisning. Et overraskende funn i denne studien er at kommunene mener at kompetansen hos fastlege og særlig habiliteringstjenesten for voksne er lav; sistnevnte er en spesialisthelsetjeneste spesielt opprettet for mennesker med funksjonshemninger. Denne studien ble gjort i 2007 / 2008, og det er mulig at kunnskap om psykisk helse hos mennesker med utviklingshemning er bedret, selv om klinisk erfaring viser at det fremdeles er mangelfullt i kommunal omsorg for denne gruppen.

Erfaringer fra samarbeid mellom et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) og kommunalt helsearbeid ble undersøkt gjennom en fokusgruppeundersøkelse ved et DPS og to forskjellige kommunale tilbud innen psykisk helsearbeid (Elstad, Steen & Larsen, 2013). Både ansatte ved DPS og de to kommunale instansene ble intervjuet. Resultatene viser at det å møtes og diskutere hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger på tvers av instanser og nivåer er viktig for å fremme god samhandling til det beste for pasientene. Det er stort behov for veiledning og kompetanseoverføring til kommunale tjenester (Elstad et al., 2013). Disse

resultatene støttes i en caseartikkel hvor en pasient med utviklingshemning, autisme og schizofreni har fått et godt tilbud i kommunal regi etter å mangeårig samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Hovden & Bakken, 2015). I dette tilfelle var det spesielt viktig at veiledning til de kommunale tjenestene omfattet kunnskap om hvordan mennesker med store og sammensatte vansker kan forstås og hvordan tilnærming til psykoseproblematikk i den generelle befolkningen kan brukes i tilpasset form overfor en pasient med særlige utfordringer (Hovden & Bakken, 2015).

Artiklene foran belyser på forskjellig måte at samarbeid mellom yrkesgrupper, institusjoner, etater og nivåer er nøkkelen til bedre tjenester. En studie av nettopp dette i en tverretattlig styringsgruppe for opprettelse av en utdanning for brukere kalt Medarbeider med Brukererfaring (MB) fant at godt samarbeid kjennetegnes av romslighet og kreativitet, og at det er balanse mellom det formelle og det fleksible (Biong, 2011). Dette er et perspektiv som vil kunne brukes også i andre samarbeidssituasjoner. Samarbeid mellom flere instanser og også innad i samme tjeneste hvor det er tverrfaglig samarbeid vil det foregå gruppeprosesser påvirket av følelser til deltagerne samtidig som man også er opptatt av oppgavene som skal løses (Biong, 2011). Kunnskap om og oppmerksomhet på begrepet godt samarbeid vil være viktig også i veiledningssituasjoner.

2.5.1 Fagdag

En egen form for kompetanseoverføring / veiledning er fagdag. "Fagdag" er ikke definert spesielt, men begrepet er brukt både i forbindelse med veiledning av studenter i praksis og i forbindelse med samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Steen et al., 2013; Bolstad & Ødegård, 2015).

Steen og kollegaer beskriver organisering av fagdag på praksisplassen for sykepleiestudenter ved Oslo universitetssykehus - OUS (Steen et al., 2013). Fagdag har blitt arrangert like før praksisstart 12 ganger ved OUS ved gastrokirurgisk avdeling og ved kreftsenteret. Fagdag har vært delt i to hvor første del har omfattet veilederrollen, veilederrelasjonen og hvordan gjøre studenten mottagelig for veiledning. Del to har vært en mer uformell diskusjon mellom veileder og studenter. Tema om veilederrollen og veilederrelasjonen er et svært aktuelt tema også i veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Generelt kan den som mottar veiledning kalles fokusperson eller veiland (Tveiten, 2013). Tveiten bruker uttrykket «å være veiledbar». I dette legger hun at den som veiledes vil ha større utbytte hvis vedkommende er bevisst sin egen rolle.

Spesialisthelsetjenester i Agderfylkene har arrangert fagdager for å bedre samarbeidet med kommunene (Bolstad & Ødegård, 2015). Tema for fagdager har vært prosedyrer med vekt på lik praksis i sykehus og i kommunene. Målsettingen har vært økt pasientsikkerhet, bedre kvalitet med kunnskapsbasert praksis og bedre samarbeid på tvers av nivåene (Bolstad & Ødegård, 2015).

Begrepet «fagdag» dekker godt også kompetanseoverføringen som skjer i aktuell avdeling som er utgangspunktet for denne oppgaven. I aktuell avdeling brukes også begrepet «fagdag» om det siste møtet med kompetanseoverføring / veiledning før pasienten skrives ut til kommunale tjenester.

2.5.2 Fagdag i aktuell avdeling

Aktuell avdeling har de siste syv - åtte årene tilbudt en fagdag til kommunale tjenester. Fagdag planlegges i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere i kommunale tjenester (førstelinjetjenesten). Etter at pasienten har vært i døgnbehandling i avdelingen eller vært en del av en poliklinisk oppfølging følges de opp fra avdelingen i omtrent seks måneder. Oppfølgingen foregår på litt ulikt vis avhengig av grad av utviklingshemning, psykiatrisk diagnose og individuelle behov. I enkelte tilfeller vil oppfølgingsperioden være vesentlig kortere eller lengre, men gjennomsnittlig vil oppfølgingsperioden være omtrent et halvt år.

Arbeidet med samarbeid etter utskrivning begynner lenge før pasienten skrives ut. Det samarbeides med kommunale tjenesteytere under hele behandlingsperioden. Det avholdes samarbeidsmøter hvor psykisk helsearbeid er en vesentlig del. For pasienter i døgnbehandling blir kommunale tjenesteytere oppfordret til å hospitere i avdelingen, som regel to dager. I løpet av disse to dagene blir de kjent med avdelingens miljøterapeutiske arbeid og det foregår kontinuerlig kompetanseoverføring mens miljøterapeutene i avdelingen er sammen med pasienten, ikke systematisk men det oppstår som regel situasjoner som kan være lærerike for hospitantene.

I løpet av det siste tiåret har avdeling arbeidet med å forbedre kompetanseoverføring til kommunene. I denne perioden har man spisset den faglige veiledningen og navet i denne er fagdagen som avholdes på utskrivningsdagen eller så nær denne som mulig. Tilbudet er utvidet i perioden slik at mens man tidligere diskuterte faglige spørsmål etter hvert som de dukket opp, er det nå en dag med systematisk kompetanseoverføring i form av en fagdag i tillegg til forløpende samarbeid omkring det psykiske helsearbeidet overfor pasientene.

Tilbudet om fagdag er frivillig, men avdelingen har til nå ikke hatt erfaring med at noen ikke har ønsket det. En fagdag varer i ca fire timer. I en fagdag blir det lagt opp til undervisning med de funnene som er gjort i avdelingen og de miljøterapeutiske anbefalingene til denne pasienten i første halvdel av dagen. Det er med andre ord en sammenfatning av oppholdet, og avdelingens erfaringer og anbefalinger. Del to går i korthet ut på den faglige veiledningen. Vi anbefaler at pasientansvarlig fagperson i pasientens botilbud eller kommunal fagkoordinator å sende inn saker de ønsker den faglige veiledningen om inn på forhånd. Dette gjøres i vekslende grad. Aktuell avdeling har mange erfaringer med at det kommer saker opp fortløpende mens fagdagen foregår. Gjerner i tilknytning til det de nettopp har blitt undervist i. Man er dermed avhengig av å da være forberedt både på de sakene de har sendt inn på forhånd og tema som kommer opp underveis. Dermed blir denne faglige veiledningen en dynamisk modell, som ikke alltid lar seg planlegge til punkt og prikke.

På fagdag er det en tverrfaglig gruppe som representerer avdelingen, som regel pasientansvarlig miljøterapeut samt behandlingsansvarlig som pleier å være en psykolog, i noen tilfelle en lege. Dette for å både representere saken fra flere perspektiver og for å kunne møte eventuelle spørsmål med riktig kompetanse. Som regel har vi én til to fagdager i hvert pasientforløp. Etter fagdagene har vi gjerne oppfølging med faglig veiledning (innenfor de seks månedene). Denne faglige veiledningen kommer altså utover den faglige veiledningen som allerede er innbakt i fagdagen. Da begrepet fagdag fortsatt er relativt ferskt i avdelingen, likestilles begrepet med faglig veiledning i kontakt med kommunale helseyttere, for å unngå misforståelser.

I forbindelse med arbeidet rundt denne oppgaven forsøkte jeg å finne en elektronisk prosedyre (heretter kalt E-prosedyre) som omhandler fagdag. Det finnes en lang rekke E –prosedyrer på hvordan ulike møter skal gjennomføres ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved vårt sykehus, en mal som skal brukes slik at tilbudet skal bli mest mulig likt. Søket avdekket at verken sykehuset sentralt eller aktuell klinikk har en e-prosedyre for gjennomføring av fagdag. Dette førte til at arbeidet med e-prosedyre nå er i gang ved aktuell avdeling.

3.0 DESIGN OG METODE

Problemstillingen besvares med kvantitativ design. Kvantitative data kan i følge Polit & Beck (2012) benyttes for å beskrive effekten av et tiltak. I en kvantitativ undersøkelse skaffer forskeren seg sammenliknbare opplysninger om et større antall enheter, uttrykker disse opplysningene i form av tall, og foretar en statistisk analyse av mønsteret i tallene i datamatriksen (Hellevik, 2003).

Undersøkelsen er en tverrsnittsundersøkelse. En tverrsnittsundersøkelse kjennetegnes ved at data fra et bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode blir benyttet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Tverrsnittsundersøkelse kan gi informasjon om hvordan fenomener varierer på det aktuelle tidspunktet (Johannessen, et al., 2011). Den kan videre si noe om sammenhenger mellom fenomenene på det aktuelle tidspunktet. Fordelen med en slik undersøkelse er at den kan benyttes når studenter/forskere har begrenset med tid og ressurser, samt etiske hensyn må tas for å gjennomføre en studie (Johannessen et al., 2011). Denne studieformen blir brukt når enkeltstående tverrsnittsundersøkelser skal gjennomføres (Johannessen et al., 2011).

Ulempen med en tverrsnittsundersøkelse er at dataene er fra et bestemt tidspunkt eller en begrenset periode, og det må derfor manes til forsiktighet når man trekker konklusjoner som sier noe om utvikling over tid. En annen svakhet med denne formen er at den ikke vil avdekke årsakssammenhenger mellom fenomenene. For å undersøke sammenhenger mellom fenomenene bør man ha data over tid (Johannessen et al., 2011).

3.1 Litteratursøk

Som bakgrunn til denne oppgavens problemstilling ble det gjort et litteratursøk med sentrale begreper fra problemstillingen. Disse begrepene var: utviklingshemning, veiledning, psykiatrisk og kommune. Det ble gjort littertursøk i fire data baser, disse var: NorArt, Swemed+, Medline(R) og PsycINFO. I NorArt ble det søkt med følgende ord: utviklingshemning, psykiatri, veiledning, kommune og omsorg. I de engelskspråkelige databasene ble det brukt følgende søkeord: Mental Disorders, Intellectual Disability, Counselling/ Supervision og Community Mental Health Services. I psycINFO var ikke intellectual Disability et forslag, det ble da andre inkluderende forslag. I appendiks 1 kan man se hvilket søkeord som ble benyttet og antall treff. Søket ble begrenset fra år 2000 til i dag.

Avgrensning av søket ble gjort fordi det har vært en rekke endringer i tjenestemodellene som har blitt undersøkt. I tillegg til de artiklene som er nevnt i litteraturlisten ble det lest flere artikler, samt gjennomgang i referanselistene til aktuell litteratur.

3.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet av masterkandidaten og bestod av fem bakgrunnsspørsmål, 14 utsagn og to åpne spørsmål. Utsagnene ble utarbeidet etter diskusjoner og innspill av kolleger og ledere på arbeidsplassen. Kolleger med ulik utdanningsbakgrunn og leder fikk komme med innspill til spørsmålene. Utsagnene ble deretter testet på kollegaer og disse kom med muntlige og skriftlige tilbakemeldinger. Basert på tilbakemeldingene, ble noen av utsagnene justert.

Spørreundersøkelsen inneholdt noen demografiske spørsmål for å få en oversikt over hvem deltagerne er og hvilken bakgrunn de har. De demografiske dataene var kjønn, alder, utdanningsnivå, stilling og antall år ansatt i aktuell bolig. Alder er delt inn i fire kategorier, utdanningsbakgrunnen har tre kategorier med grunnskole, videregående skole (herunder også helsefagarbeider, tidligere hjelpepleier) og høyskole eller mer. Stillingen er fordelt inn med heltid, deltid og ekstravakt. Antall år i stillingen er fordelt i tre kategorier, definert med 0-1 år, 2-5 år og 6 år eller mer.

Utsagnene (fra og med spørsmål seks til og med spørsmål 19) ble besvart på en fempunkts Likert- skala (fra svært uenig, uenig, verken enig eller uenig, enig og svært enig). Likert-skala er ofte brukt i medisinsk forskning, og sier noe om intervensjonen som har vært gjennomført. Den vil rangere i hvilken grad deltageren er enig eller uenig i en uttalelse (Sullivan, 2013). Likert- skala ble utviklet i 1932 av den amerikanske sosialpsykologen, Rensis Likert (1903-1981). Disse holdningsspørsmålene ble besvart med avkrysningsmulighet. I tillegg var det to åpne spørsmål (spørsmål 19 " Hva syns du den faglige veiledningen skulle ha innholdt for at du skulle hatt større utbytte enn du har hatt til nå? + spørsmål 20 " Hva mener du skal til for at brukeren får et tilstrekkelig tilbud i denne boligen") hvor deltageren kunne besvare dette selv, samt få frem ting han/hun mente var betydningsfulle, og som ikke kom frem i utsagnene i skjemaet. Se appendiks 2.

3.3 Setting

De boligene som har blitt utvalgt i denne studien er heldøgns bemannede boliger. Boligene ligger på Sør- Østlandet. Noe som var tilfeldig, da avdelingen er regional, og har pasienter fra hele landet.

To av boligene har medleverturnus, de øvrige har vanlig skift arbeid (dag/kveld), med egne nattevakter. I boligene jobber de ansatte som regel i team rundt brukerne. Det er ikke ensbetydende med at kun ansatte i teamet jobber sammen med brukerne, men at de er en kjernegruppe, som prioriteres med å jobbe med deres brukere, samt at problemstillinger rundt brukeren diskuteres innad i dette teamet.

Bolig nummer en: Pasient med dyp utviklingshemning, 2:1 bemanning dag + kveld, 1:1 bemanning på natt. Rundt pasienten har de et eget team. I teamet til denne pasienten er det syv-åtte personer med tverrfaglig bakgrunn (sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider, pedagog). I denne boligen bor pasienten alene, men det bor to andre pasienter i liknende boliger ved siden av.

Bolig nummer to: Pasient med moderat utviklingshemning, 1:1 bemanning dag + kveld, 1:3 bemanning på natt. Rundt denne pasienten jobber de i et mindre team, fire- fem personer. Tverrfaglig gruppe med vernepleiere, helsefagarbeider og pleiemedarbeidere. Pasienten har egen leilighet i et bofelleskap med 4 andre personer.

Bolig nummer tre: Pasient med lett/moderat utviklingshemning. 2:1 bemanning dag + kveld, hvilende nattevakt som er tilgjengelig ved behov. Pasienten bor helt alene. Her jobber de ansatte i medleverturnus og har følgelig et større team. Det er antagelig opp mot ti personer i teamet. Det er tverrfaglig personalgruppe, med vernepleiere, pedagog og pleiemedarbeidere.

Bolig nummer fire: Pasient med dyp utviklingshemning, 2:1 bemanning dag + kveld, 1:1 bemanning på natt, pluss en hvilende nattevakt ved behov. De jobber i team rundt pasienten. Teamet er tverrfaglig med hovedvekt på helsefagarbeidere og med to - tre vernepleiere.

Bolig nummer fem: Pasient med moderat utviklingshemning. Hadde ca 17 timer vedtak på bistand i uken, men dette ble endret til 1:1 bemanning på dag/kveld etter oppholdet på PUA. Deler nattevakt med opptil seks - syv andre brukere. De har en hvilende nattevakt på huset. Her bor brukeren i bofellesskap med en rekke andre mennesker. Brukeren disponerer egen leilighet i en blokk. Felles for alle boligene er at personalet har en base / vakt rom i nærheten av leiligheten til brukeren. Alle boligene har alarmordning, hvor de enten kan få bistand av hverandre ved akutsituasjoner eller samarbeid med andre bofellesskap i nærheten.

3.4 Utvalg

Valget av deltagere ble gjort med bakgrunn i de siste fem avsluttede sakene vi har hatt på avdelingen. Pasientene var inneliggende på sengeposten i tidsrommet 2014-2015. Utvalget ble gjort etter nøye overveier og grundige diskusjoner blant behandlere og andre teammedlemmer. Vi diskuterte oss frem til at det riktige og mest "nøytralt" blir å inkludere de siste fem sakene som er avsluttet.

3.5 Dataanalysen

Alle statistiske analyser ble gjort i statistikkprogrammet IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 23. 0.

For å undersøke om det var noen underliggende dimensjoner blant de 14 utsagnene i spørreskjemaet som omhandlet faglig veiledning ble det brukt eksplorerende faktor analyse; prinsipal axis med en oblique rotasjonsmetode (promax). Dette betyr at alle utsagn ble analysert samtidig uten en hypotese om hvilke dimensjoner som fantes på forhånd (Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010). For å bestemme hvilke utsagn som skulle beholdes ble korrelasjonsmatrisen og faktorladning undersøkt. Faktorladning er et mål på i hvilken grad hvert av leddene i en test henger sammen med faktorene (Polit & Beck, 2012). Alle utsagn med faktorladning mer enn 0,5 ble inkludert. Ingen utsagn var med i mer enn en komponent. For å undersøke antall faktorer som skulle beholdes ble det brukt et spredningsplott. I tillegg ble Cronbach's alpha undersøkt for hver av faktorene.

Et gjennomsnittsscore ble regnet ut for hver av faktorene. For å undersøke om det var noen forskjell i gjennomsnittsscore mellom gruppene brukte vi student t-test.

3.6 Statistiske begreper

P-verdi

P står for probability value (engelsk), som i denne sammenhengen kan oversettes til signifikanssannsynlighet. P er sannsynligheten for å observere en sammenheng som er minst like sterk som den vi har observert, når nullhypotesen H_0 er sann. En annen mindre presis definisjon av p-verdien er at p angir sannsynligheten for å forkaste en riktig H_0 . Man kan deretter multiplisere p-verdien med 100 for å uttrykke signifikanssannsynligheten i prosent (Johannessen et al., 2011).

Type 1 feil

Type 1 feil: Hvis p for eksempel er 0,042 avvises H_0 , men det er så 4,2 prosent sannsynlighet for at vi forkaster en riktig H_0 . Dette betegner som type 1 feil. Når vi forkaster en nullhypotese, kan vi aldri utelukke at vi gjør en feil av type 1. Type 1 feil kan reduseres ved å bruke 1 prosents signifikansnivå i stedet for 5 prosents signifikansnivå. Type 1 feil innebærer å forkaste nullhypotesen når den er sann. Type 2 feil innebærer det motsatte, nemlig å beholde nullhypotesen når den er gal. Det er et avhengighetsforhold mellom type 1 og type 2 feil. Sjansen for å begå feil av type 2 øker dersom vi reduserer sannsynligheten for å begå feil av type 1 (Johannessen et al., 2011).

Hypoteser og null-hypotese

Hypoteser er mulige forklaringer på observerte fenomener. Formålet med vitenskapelige eksperimenter er å se om hypotesene stemmer med virkeligheten. Vi kan teste om en hypotese er sann eller falsk. En hypotese kan beholdes eller forkastes, men den kan aldri bevises. Vi trenger statistikk for å kunne beregne om et avvik fra hypotesen er signifikant. Sannheter er observasjoner som alle er enige om at er sanne (Benestad & Laake, 2004). Den skal forsøke å forklare et fenomen (Benestad & Laake, 2004).

Student t-test

Til å sammenligne gjennomsnitt benytter man ofte t -tester (Benestad & Laake, 2004). T -testen ble foreslått av W.S Gosset i 1908, under psevdonymet "student", derav metoden ofte refereres til student t -tester (Benestad & Laake, 2004). Det finnes én test som benyttes når man ønsker å trekke slutninger om gjennomsnittet i en gruppe av observasjoner (ett- utvalg), og en annen som brukes til å sammenligne gjennomsnittet i to forskjellige grupper (to- utvalg) (Benestad & Laake, 2004).

Faktoranalyse

En statistisk analysemetode er en analysemetode som skal finne frem faktorer som kan forklare resultatene i for eksempel et spørreskjema (Hellevik, 2003). Hensikten er å kunne spore opp hvilket under dimensjoner som ligger bak enkeltresultatene (Hellevik, 2003).

Cronbachs test

Cronbachs test forteller oss hvor godt den indeksen en har konstruert vil samsvare med en annen indeks basert på andre enkeltvariabler som måler det samme begrepet (Skog, 2010). Utgangspunktet med Cronbachs alpha er et begrenset antall variabler slått sammen til en additiv indeks (Skog, 2010).

3.7 Etiske refleksjoner

Kvale & Brinkmann (2015) sier at det er flere etiske forhold som må være ivarettatt når det gjelder forskning på mennesker. Herunder frivillighet, informasjon, skriftlig samtykke, konfidensialitet, unngå negative konsekvenser og håndtering av forskerrollen.

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som blir brukt over store deler av verden (Førde, 2014). Den kom som et resultat av Nürnbergskodeksen, som angir forskningsetiske standarder for forskning på mennesker (Førde, 2014). Den kom i etterkant av overtrap som ble avslørt etter den andre verdenskrig (Førde, 2014). Helsinkideklarasjonen har blitt revidert ni ganger siden den ble utformet av verdens legeforening i 1964. Sentralt i Helsinkideklarasjonen står det informerte samtykket, samt det forskningsetiske ansvaret som ligger hos forskeren (Førde, 2014).

I noen tilfeller kan behandlingstilbudet ikke ha vært i tråd med forventningene hos de pasientene som har vært innelagt på sykehuset. Det vil dermed bli interessant å se om de velger å besvare spørreundersøkelsen tross eventuelle interessekonflikter rundt behandlingen eller om de kommer med konkrete tilbake meldinger på hva de eventuelt kunne tenke seg annerledes i tiden som kommer. Det vil forhåpentligvis være lettere for deltagerne å bruke både kritikk og ros i deres møte med spesialisthelsetjenesten, da de som blir inkludert er "ferdig" med samarbeidet og behandlingen rundt deres bruker er avsluttet. Jeg vil videre vektlegge i informasjonsskrivet at deltagelse er frivillig og svarene ikke har noe med avdelingen å gjøre.

Før datainnsamlingen ble deltagerne informert skriftlig om hensikten med studien, og at deltagelsen var frivillig. Informasjonsskrivet gjorde det videre klart at arbeidet med spørreundersøkelsen var et ledd i mastergradsoppgaven til undertegnede, og hadde i så måte ingenting med deres forhold til avdelingen å gjøre, selv om undersøkelsen er basert på deres møte med avdelingen. Informasjonsskrivet er å finne i appendiks 3.

Da studien skulle besvares av kommunale tjenesteytere tok jeg kontakt med personvernombudet for forskning (NSD). De ba meg gjennomføre meldeplikttesten på deres nettsider. Testen bestod av fem spørsmål, med beskrivelse /informasjon om de ulike spørsmålene, hvor man kunne krysse av på ja eller nei. Resultatet etter avkrysning viste at prosjektet ikke er meldepliktig da det ikke registreres personopplysninger. Det ble allikevel tatt en telefon til NSD, for å en bekreftelse på at man kunne forholde seg til resultatet i veilederen deres. Noe de bekreftet.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet blir resultatene fra spørreundersøkelsen presentert i samme rekkefølge som i spørreskjemaet. Først blir svarene på spørsmål 1 – 5 presentert. Det utgjør informasjon om utvalget. Så følger resultatene fra rangeringene av de 14 enkeltutsagnene. Disse resultatene omfatter deskriptive analyser med antall og prosent. Videre følger en presentasjon av rangeringene av utsagnene analysert med faktoranalyse, noe som gav faktorladning på tre dimensjoner. Så følger en analyse av hvordan gjennomsnittsskårene på de tre dimensjonene fordeler seg på utdanningsnivå, kjønn og stillingsprosent. Til slutt blir svarene på de to åpne spørsmålene presentert.

4.1 Beskrivelse av utvalget

Av 46 tjenesteytere fra fem kommunale bo-tilbud som alle hadde mottatt faglig veiledning i løpet av det siste året var det 39 (85%) som besvarte spørreskjemaet. Totalt deltok 14 menn og 25 kvinner. Syv personer besvarte ikke undersøkelsen. Årsaken til at de ikke deltok er ukjent, men de returnerte ikke skjemaene. Av de syv som ikke leverte tilbake skjemaene var fem fulltidsansatte og to deltidsansatte. Annen informasjon om de som valgte å ikke svare inngår ikke i undersøkelsen.

Blant de som deltok var det en høyest andel i alderskategorien 26 - 45 år med 26 personer (66,7%) (Tabell 1). Tjuetre (59%) av deltakerne hadde høyskole eller mer utdanning. Kun grunnskole og videregående utdanning (hvilket også inkluderer hjelpepleiere / helsefagarbeidere) var jevnt representert med henholdsvis syv og seks personer. Tre personer svarte ikke på hvilken utdanning de hadde. Det var en klar overvekt (74,4%) av deltakerne som arbeidet fulltid. Dette utgjorde 29 av de 46 deltakerne. Deltidsansatte og ekstravakter er relativt likt fordelt med henholdsvis fem og fire personer. Det var én som ikke besvarte spørsmålet om stillingsprosent. Det var variasjon i hvor lenge deltagerne hadde vært ansatt i sine stillinger, med ti deltakere (25,6%) som hadde jobbet på sitt arbeidssted i inntil ett år, 16 (41%) som hadde jobbet der i to til og med fem år, og 13 (33,3%) som har jobbet der i seks år eller mer.

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget.

	Mann n=14 (100%)	Kvinne n=25 (100%)	Totalt n=39 (100%)
Alder			
18 – 25	1 (7.1%)	3 (12%)	4 (10.3%)
26 – 35	3 (21.4%)	9 (36%)	12 (30.8%)
36 – 45	5 (35.7%)	9 (36%)	14 (35.9%)
46 +	5 (35.7%)	4 (16%)	9 (23%)
Utdanning			
Grunnskole	2 (15.4%)	5 (21.7%)	7 (17.9%)
Videregående	3 (23.1%)	3 (13%)	6 (15.4%)
Høgskole	8 (61.5%)	15 (65.2%)	23 (59%)
Ikke svart	0	0	3 (7.7%)
Stilling			
Fulltid	10 (71.4%)	19 (79.2%)	29 (74.4%)
Deltid	2 (14.3%)	3 (12.5%)	5 (12.8%)
Ekstra	2 (14.3%)	2 (8.3%)	4 (10.3%)
Ikke svart	0	0	1 (2.6%)
Antall år			
0 – 1	2 (14.3%)	8 (32%)	10 (25.6%)
2 – 5	7 (50%)	9 (36%)	16 (41.0%)
6 +	5 (35.7%)	8 (32%)	13 (33.3%)

4.2 Besvarelsene på enkeltutsagn

Deltagerne ble bedt om å besvare til sammen 14 utsagn i spørreskjemaet på en Likert- skala med verdiene 1 – 5 hvor en er svært uenig og 5 er helt enig. I tillegg var det to åpne spørsmål.

Tabell 2 viser besvarelsene på de 14 utsagnene i spørreskjemaet. Utsagnet det var størst enighet om var utsagn nummer to: "Faglig veiledning gjør at jeg lettere kan forstå brukerens behov/ sammensatte utfordringer". For dette utsagnet var 38 personer (97,4%) enig eller svært enig. En person (2,6%) svarte "Vet ikke" og ingen var uenig eller svært uenig. Det var også stor enighet om utsagnene syv og seks. For utsagn syv "Den faglige veiledningen er tverrfaglig, der alle har muligheten til å komme med innspill" besvarte 31 personer (79,5%) at de var enige eller svært enige. To personer (5,2%) svarte at de var uenige eller svært uenige i dette utsagnet, mens seks personer (15,4%) svarte "Vet ikke". Utsagn seks var det også stor enighet om. For dette utsagnet "Jeg deltar aktivt i den faglige veiledningen" svarte 30 personer (76,9%) at de var enige eller svært enige.

I utsagnene åtte, ni og ti var det stor spredning i besvarelsene. For utsagn åtte "Det er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre den faglige veiledningen", svarte 20 personer (51,3%) at de var enige eller svært enige, mens 13 personer (30,8%) svarte at de var svært uenige eller uenige. Syv personer svarte "Vet ikke". For utsagn ni "Det blir lagt til rette slik at alle som jobber rundt brukeren får tilbud om å delta i den faglige veiledningen" svarte 15 av de 39 deltagerne enten at de var "Svært uenig" / "Uenig" eller "Vet ikke" mens 21 svarte at de var "Enig" eller "Svært Uenig". Det var størst uenighet om utsagn ti. For utsagn ti "Beforholdene rundt brukeren er optimale" svarte 15 personer (46,1%) at de var enige eller svært enige, mens 15 personer (38,4%) var svært uenige eller uenige. De andre utsagnene var jevnere fordelt mellom de fem svarkategoriene.

Tabell 2: Antall og prosent for utsagnene i spørreskjemaet

	Utsagn	Svært uenig	Uenig	Vet ikke	Enig	Svært enig	Totalt
1	Jeg blir tryggere på meg selv etter den faglige veiledningen.	1 (2,6%)	4 (10,3%)	11 (28,2%)	18 (46,2)	5 (12,8%)	39 (100%)
2	Faglig veiledning gjør at jeg lettere kan forstå brukerens behov/sammensatte utfordringer.	0	0	1 (2,6%)	31 (79,5%)	7 (17,9%)	39 (100%)
3	Den faglige veiledningen ligger på et nivå, som gjør at jeg får både utbytte og utfordret meg selv.	0	5 (12,8%)	10 (25,6%)	21 (53,8%)	3 (7,7%)	39 (100%)
4	Den faglige veiledningen bidrar til at jeg er tryggere i min samhandling med bruker.	0	3 (7,7%)	11 (28,2%)	21 (53,8%)	4 (10,3%)	39 (100%)
5	Det er lettere å strukturere hverdagen og planlegge samhandling slik at bruker får en bedre hverdag etter faglig veiledning.	0	5 (12,8%)	8 (20,5%)	20 (51,3%)	4 (10,3%)	39 (100%)
6	Jeg deltar aktivt i den faglige veiledningen.	1 (2,6%)	2 (5,1%)	6 (15,4%)	22 (56,4%)	8 (20,5%)	39 (100%)
7	Den faglige veiledningen er tverrfaglig, der alle har muligheten til å komme med innspill.	1 (2,6%)	1 (2,6%)	6 (15,4%)	17 (43,6%)	14 (35,9%)	39 (100%)
8	Det er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre den faglige veiledningen.	1 (2,6%)	11 (28,2%)	7 (17,9%)	15 (38,5%)	5 (12,8%)	39 (100%)
9	Det blir lagt tilrette slik at alle som jobber rundt brukeren får tilbud om å delta i den faglige veiledningen.	1 (2,6%)	5 (12,8%)	9 (23,1%)	15 (38,5%)	9 (23,1%)	39 (100%)
10	Beforholdene rundt brukeren er optimale.	5 (12,8%)	10 (25,6%)	5 (12,8%)	16 (41,0%)	2 (5,1%)	39 (100%)
11	Det er tilstrekkelig med tid og bemanning til å gjennomføre aktiviteter.	3 (7,7%)	6 (15,4%)	5 (12,8%)	14 (35,9%)	11 (28,2%)	39 (100%)
12	Det er sunn økonomi rundt brukeren (ikke brukerens private økonomi, men boligens).	4 (10,3%)	5 (12,8%)	13 (33,3%)	12 (30,8%)	4 (10,3%)	39 (100%)
13	Det er som regel riktig bemanning rundt brukeren.	0	5 (12,8%)	10 (25,6%)	18 (46,2%)	6 (15,4%)	39 (100%)
14	Det legges tilrette for faglig oppdatering med jevne mellomrom (kurs, seminarer, fagdag etc).	0	8 (20,5%)	6 (15,4%)	23 (59,0%)	2 (5,1%)	39 (100%)

Deltagernes rangeringer av de 14 utsagnene summert opp for alle besvarelsene for hvert utsagn viser at det er en relativt stor overvekt av svarene "Enig" eller "Svært enig" sammenliknet med "Svært uenig" eller "Uenig". Av de totalt 546 avgitte svarene tilhører 347 den første gruppen (263 av 546 "Enig" = 48,2% og 84 av 546 "Svært enig" = 15,4%). 87 svar tilhører den siste gruppen (70 av 546 svarer "Uenig" = 12,8% og 17 av 546 "Svært uenig" = 3,1%). Ett hundre og tolv av 546 (20,5%) svar tilhører svar i "Vet-ikke" gruppen.

Alle utsagnene i spørreskjemaet representerer noe positivt. Utsagn en til utsagn syv gjelder forhold ved den som blir veiledet mens utsagnene åtte til 14 gjelder ytre faktorer som om det er avsatt tilstrekkelig tid til veiledning (utsagn åtte) og om det er riktig bemanning rundt brukeren (utsagn 13).

Resultatene viser at spredningen av svarene er størst i den siste gruppen som gjelder ytre forhold mens deltagerne er mer enig i svarene som gjelder utbytte av veiledningen. Etter denne første analysen ble det derfor gjort en faktor analyse for å bekrefte denne trenden i svarene og for å se om det kunne være flere dimensjoner i resultatene.

4.3 De tre skalaene funnet gjennom faktoranalyse

For å forstå besvarelsene bedre ble det brukt faktoranalyse for å samle antall utsagn til faktorer (underliggende dimensjoner). Vi fant to hovedkomponenter som til sammen forklarte 58,8% av variansen i svarene. Første komponent forklarte 39,5% av variansen og hadde en egen initial verdi på 5.5. Cronbach`s alpha var 0.9. Den andre komponenten forklarte 19,3% av variansen hadde en egen initial på 2,7. Cronbach`s alpha for denne komponenten var 0.8. I tillegg forklarte en tredje komponent 8,6% av variansen, med en egen verdi på 1.2, men den hadde en relativt lavt Cronbach`s alpha på 0.6. Tabell 3 viser de tre komponentene og hvilke utsagn som inngår i hvilke komponenter.

Tabell 3: Skalaer funnet gjennom faktoranalyse

	Utbytteskala (Komponent 1)	Ressursskala (Komponent 2)	Faglighetsskala (Komponent 3)
1	Den faglige veiledningen ligger på et nivå, som gjør at jeg både får utbytte og utfordret meg selv.	Det er tilstrekkelig med tid og bemanning til å gjennomføre aktiviteter.	Det legges tilrette for faglig oppdatering med jevne mellomrom (kurs, seminar, fagdag etc).
2	Jeg blir tryggere på meg selv etter den faglige veiledningen.	Det er sunn økonomi rundt brukeren (ikke brukerens private økonomi, men boligens).	Jeg deltar aktivt i den faglige veiledningen.
3	Den faglige veiledningen bidrar til at jeg er tryggere i min samhandling med bruker.	Det er som regel riktig bemanning rundt brukeren.	
4	Faglig veiledning gjør at jeg lettere kan forstå brukerens behov/sammensatte utfordringer.	Det blir lagt tilrette slik at alle som jobber rundt brukeren får tilbud om å delta i den faglige veiledningen.	
5	Det er lettere å strukturere hverdagen og planlegge samhandling slik at bruker får en bedre hverdag etter faglig veiledning.	Den faglige veiledningen er tverrfaglig, der alle har muligheten til å komme med innspill.	
6	Beforholdene rundt brukeren er optimale.		
7	Det er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre den faglige veiledningen.		

4.4 Sammenligning av gjennomsnittsskårer for ulike utdanningsnivå, kjønn og stillingsprosent

Tabell 4 viser gjennomsnittsskårer på de ulike skalaene, utdanningsnivå, kjønn og stillingsandel. Det var ulik gjennomsnittsskåre for de med høyskoleutdanning eller høyere utdanning og de med grunnskole eller videregående utdanning på Utbytteskalaen (Skåre 3,3 skår versus skåre 3.9). Denne skalaen gir et inntrykk av hvor mye utbytte deltakeren fikk av den faglige veiledningen. Det var en signifikant forskjell i gjennomsnittsskåre mellom disse to utdanningsnivåene ($t=3,0$ $p=0,005$).

På ressurskalaen derimot var det ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskårene mellom de to utdanningsnivåene (Skåre 3.5 versus skåre 3.7), ikke en gang på et 10% signifikansnivå ($t=0,6$, $p=0,555$). Det var heller ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskåre på faglighetsskalaen (Skåre 3.5 versus skåre 3.9, $t=1,7$ $p=0,095$).

Tabell 4 viser i tillegg at gjennomsnittsskårene mellom menn og kvinner var 3.4 og 3.6 på utbytte skalaen. Dette var ikke statistisk signifikant (3.4 versus 3.6 $t = 0.7$ $p = 0.466$). Det var heller ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskårene for de med fulltidsstilling og de med deltidsstilling eller ekstravakter ($t = -1.2$ $p = 0.253$). Gjennomsnittsskåre for de med fulltidsstilling var 3.5 og de med deltid/ ekstravakter var 3.8.

Tabell 4: Gjennomsnittsskårer for skalaene utbytte, ressurser og ferdigheter.

	Utbytteskalaen	Ressursskalaen	Faglighetsskalaen
Høyskole eller høyere	Mean 3.3 (St 0.600)	Mean 3.5 (St 0.717)	Mean 3.5 (St 0.706)
Grunnskole eller videregående	Mean 3.9 (St 0.660)	Mean 3.7 (St 0.915)	Mean 3.9 (St 0.691)
Mann	Mean 3.4 (St 0.696)	Mean 3.5 (St 0.633)	Mean 3.6 (St 0.864)
Kvinne	Mean 3.6 (St 0.656)	Mean 3.7 (St 0.852)	Mean 3.7 (St 0.707)
Fulltid	Mean 3.5 (St 0.691)	Mean 3.7 (St 0.779)	Mean 3.7 (St 0.687)
Deltid/ekstravakt	Mean 3.8 (St 0.582)	Mean 3.5 (St 0.838)	Mean 3.8 (St 0.830)

4.5 Besvarelsene på de to åpne spørsmålene i spørreskjemaet

Spørreskjema bestod også av to åpne spørsmål. Det første spørsmålet var " Hva syns du den faglige veiledningen skulle ha inneholdt for at du skulle hatt større utbytte enn du har hatt til nå?" 17 personer (43,6%) besvarte dette spørsmålet, mens hele 22 personer (56,4%) besvarte det ikke. Åtte av 14 menn (57,1%) svarte ikke på dette spørsmålet, mens 14 av 25 kvinner (53,8%) svarte ikke på dette spørsmålet. Av de 22 som ikke svarte hadde 19 fulltidsstilling (86,3%) og de resterende 3 (13,6%) hadde deltidsstilling eller jobbet som ekstravakt. Av de som ikke besvarte hadde 14 minimum høyskoleutdannelse, seks grunnskole/ videregående. To personer svarte ikke på utdanningsbakgrunn.

Når det gjaldt de 17 som hadde besvart spørsmålet så var det fem av disse (29,4%) som mente at veiledningen burde vært hyppigere. Fire av de 17 deltagerne (23,5%) mente den burde vare lengre, og svarte enten lengre tid, eller at det hadde vært for kort møtetid hver gang. Fem personer (29,4%) svarte at veiledningen hadde vært veldig bra slik den hadde vært. Tre personer (17,6%) svarte at veiledningen var for generell, og at den kunne ha vært mer konkret rundt den enkelte brukers behov og vansker. Videre mente tre personer (17,6%) at veiledningen burde ha inneholdt mer informasjon om konkrete intervensjoner, og gjerne erfaringsutvekslinger fra hospiteringsperioden, samt hva personalet fra spesialisthelsetjenesten i avdelingen gjorde når de kom i tilsvarende utfordringer/ situasjoner

som de kommunale tjenesteyterne opplevde i sin arbeidshverdag. Tre personer (17,6%) sier at veiledningen burde ha vært mer kritisk, og ha omfattet evaluering av intervensjonene som allerede finnes, og vært mer konstruktiv. Andre forslag som har blitt nevnt en til to ganger er at man bør ha mindre forum for veiledningen – altså at det bør være færre fagpersoner til stede, slik at man deler opp veiledningsgruppen i mindre grupper slik at alle kan komme til, da noen vegrer seg for å uttale seg i større forsamlinger. Andre forslag som har blitt nevnt mindre enn to ganger er mer om kapittel 9 vedtak¹, mer om utviklingshemning, samt at ekstravakter burde ha vært inkludert i større grad, fordi de ofte dekker langt flere observasjonsperioder enn de faste ansatte i perioder.

Det andre åpne spørsmålet var " Hva mener du skal til for at brukeren får et tilstrekkelig tilbud i denne boligen". Det var 22 personer (56,4%) som besvarte dette spørsmålet, mens 17 personer (43,6%) ikke svarte noe. Seks av 14 menn (42,8%) svarte ikke på dette spørsmålet, mens 12 av 25 kvinner (48%) svarte ikke på dette spørsmålet. Av de som ikke svarte var det 12 med minimum høyskoleutdanning, fire med grunnskole / videregående utdanning og én person som ikke besvarte spørsmål om utdanning. 19 av 39 (48,3%) fulltidsansatte besvarte ikke spørsmålet, mens tre av ni (33,3%) som ikke besvarte hadde deltidsstilling eller jobbet som ekstravakt

Av de 22 som besvarte dette spørsmålet så var det ti personer (56%) som mente at høyere bemanning rundt brukeren, enten som en fast ordning og/ eller i perioder med uro, ville ha medført at brukeren fikk det bedre. Tre personer (16,8%) mente at brukeren burde vurdere å bytte bolig, da den ikke var egnet for han ham / henne. Deltagerne utdypet i liten grad om hvorfor de foreslo dette alternativet, men en person av disse tre mente at brukeren burde bo sammen med andre beboere. Tre personer (16,8%) nevnte at et høyere engasjement blant de ansatte, både rundt brukeren i det daglige, og i tverrfaglige møter, vil bedre hverdagen for brukeren. Høyere grad av tverrfaglighet i personalgruppen ble nevnt én gang (5,6%). Færre utskiftninger i personalgruppen og mer stabilitet blant de ansatte ble nevnt to ganger (11,3%). Tre personer (16,8%) nevnte at brukeren burde ha egne møbler og at de ansatte burde ha egne personalmøbler som brukeren ikke skulle ha tilgang til i fellesarealet. En person (5,6%) trakk frem felles forståelse rundt brukeren, herunder at alle burde være lojale rundt felles beslutninger og burde dra sammen i samme retning. Denne personen skriver videre at det har blitt for mange personer som har egne meninger rundt brukerens hverdag, og at disse

¹ Kapittel 9 har som formål å ivareta rettssikkerheten ved bruk av makt og tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester)

meningene noen ganger står i motsetning til felles beslutninger i personalgruppen, noe som igjen fører til at brukeren får det vanskeligere, med mindre forutsigbarhet og usikkerhet rundt hva som skal skje i gitte situasjoner. Tre personer (16,8%) mente at ting er bra som de er.

5.0 DISKUSJON AV FUNNENE

Denne oppgaven har undersøkt ulike aspekter ved faglig veiledning i form av fagdager til ansatte i kommunale bo- tiltak for voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse. I dette kapitlet vil først hovedfunnene i undersøkelsen bli oppsummert. Så vil ett hovedfunn av gangen diskuteres opp mot litteratur presentert i kapittel 2 og også opp mot annen relevant litteratur. Funnene vil også bli diskutert opp mot klinisk erfaring.

5.1 Hovedfunnene

Hovedfunnene omfatter data om deltagerne og deres syn på veiledningen. Faktoranalyse pekte ut faktorer som viktige i veiledningen: utbytte, ressurser og faglighet. Deltagerne hadde variert utdanningsbakgrunn og det var en overvekt av kvinner som besvarte spørreskjemaene. Deltagerne foreslo i de åpne spørsmålene hyppigere møter, lengre tid på hvert møte og mer konkrete diskusjoner om brukerne for å få mer utbytte av veiledningen. Vedrørende ressurser mente deltagerne at økt bemanning ville gi brukerne et bedre tjenestetilbud.

Svarprosent

I denne undersøkelsen var svarprosenten 85%. Dette er en relativt høy svarprosent. Deltakerandelen i spørreundersøkelser i Norge er ofte lav, rundt 40 – 45% (Amundsen, 2013). For eksempel i en undersøkelse om fysisk aktivitet fra 2003 var det henholdsvis 39% av spurte menn og 44% spurte kvinner som besvarte tilsendte spørreskjemaer (Anderssen & Andersen, 2004). Denne undersøkelsen er kanskje ikke representativ sammenliknet med en liten undersøkelse fordi den er gjort med et representativt utvalg på 4000 potensielle svarpersoner, men litteratur om svarprosent på mindre undersøkelser er mager (Amundsen, 2013).

Norge ligger midt på treet når det kommer til å svare på spørreundersøkelser, hvorpå det er en trend at færre og færre tar seg tid til å svare (Amundsen, 2013). I artikkelen til Amundsen blir det referert til at det finnes ingen sikker forskning på hvorfor færre besvarer på spørreundersøkelser, men det antas at det skyldes at folk er lei av mange forespørsler. I Amundsens artikkel siteres Ottar Hellevik, en nestor innen samfunnsvitenskapelig metode i Norge. Hellevik påpeker at de hyppige markedsundersøkelsene folk blir utsatt for kan

medføre et stort problem for samfunnsvitenskap på sikt fordi spørreundersøkelser er en viktig metode innen samfunnsvitenskapen.

Det var allikevel 85% av de som ble invitert i denne undersøkelsen som returnerte svarskjemaer. Den høye besvarelsen kan ha sammenheng med få inviterte deltagere, samt et nylig eierforhold til tema, da de hadde mottatt faglig veiledning for under ett år tilbake.

Deltagerne

Av de 39 ansatte fra fem kommunale botilbud som alle hadde mottatt faglig veiledning i løpet av det siste året, og som deltok i undersøkelsen, var det en overvekt av kvinner. Det var flest deltakere var i alderskategorien 26-45 år. De som deltok i undersøkelsen hadde ulike utdannelsesbakgrunn. Godt over halvparten hadde minimum høyskoleutdanning, mens litt under halvparten hadde lavere utdanning enn høyskole. Et sentralt funn viser at tilnærmet alle deltakerne, bortsett fra en person, svarte at de lettere kunne forstå brukerens behov og sammensatte utfordringer etter den faglige veiledningen. Ved bruk av faktoranalyse ble det funnet tre faktorer som ble kalt utbytteskalaen, ressurskalaen og faglighetsskalaen. Det ble funnet en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsskåre på utbytteskalaen mellom de med bakgrunn fra grunnskole eller videregående skole og de med minimum høyskoleutdanning. De med lavere utdanning så ut til å ha mer utbytte faglig av den faglige veiledningen enn de med høyere utdanning. For å få mer utbytte av faglig veiledning foreslo deltagerne hyppigere møter, lengre tid hver gang og mer konkret om aktuell bruker. Det at økt bemanning som en fast ordning eller i perioder ville ha gitt brukeren et bedre tilbud ble fremholdt av omtrent en av fire deltagere.

Over halvparten av deltagerne hadde høyskoleutdanning eller mer. Dette indikerer at flertallet av de som hadde arbeidet rundt en bruker hadde høyere utdanning. Det betyr også at under halvparten ikke hadde høyskoleutdanning. En tidligere rapport fra Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU, 2007) kritiserer hvor lite formelle krav til kompetanse det er til tjenesteytere som jobber med personer med utviklingshemning. De ansatte i denne undersøkelsen arbeidet med brukere med spesielle utfordringer og det kan tenkes at akkurat disse brukerne hadde vært i behov av flere med høyskole utdanning. Som nevnt i innledningen, handler denne oppgaven om kommunale tjenesteytere med ansvar for mennesker med utviklingshemning. Disse personene er altså ansatt i kommunale tjenester uten at det er et krav om helsefaglig utdanning. En utfordring for spesialisthelsetjenesten er at når en pasient med utviklingshemning med en psykisk lidelse blir skrevet ut til kommunen,

vil det ikke nødvendigvis være fagpersoner med helsekompetanse som tar over. Hvis man for eksempel sammenlikner med fysiske sykdommer som hjertesykdom eller kreft, vil det være svært lite sannsynlig at det vil være fagpersoner uten helsefaglig utdanning som får ansvar for oppfølging.

Det finnes ingen konkrete tall på hvor stor andel kvinner og menn i førstelinjetjenesten som er ansatt i kommunale tjenester for personer med utviklingshemning, men at andel kvinner generelt er vesentlig høyere representert i helse- og sosialfaglig utdanning blir bekreftet fra tall hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I følge SSB utgjør kvinner over 84 prosent av helse- og sosialfaglig utdanning pr 2015 (SSB, 2016). Opptak på sykepleierutdanningen høsten 2013 ved Høyskolen i Oslo og Akershus, som er Norges største utdanningsinstitusjon for sykepleiere, viser at 85% av de som ble tatt opp på studiet var kvinner (Ytre-Arne Fjelltveit, 2014). Sykepleie utgjør et kjernefag innen omsorgsutdanningene og en student i artikkelen til Ytre-Arne Fjelltveit uttaler at antagelig er det stereotypiske oppfatninger av kvinne- og mannsyrker som er en av årsakene til kvinnedominansen i sykepleieryrket. Tallene fra statistisk sentralbyrå og studien til Ytre-Arne Fjelltveit indikerer at andelen kvinner som har svart på spørreskjemaet om veiledning i denne oppgaven er representativt. Egen klinisk erfaring tilsier det samme. Det er vanlig at det er en overvekt av kvinner i personalgrupper som har daglig profesjonell omsorg for voksne med utviklingshemning i kommunale tjenester. Dette kan være en utfordring i seg selv for brukerne. Svært mange av de som har komplekse tilstander med utviklingshemning og psykisk lidelse som krever utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har også autisme (Bakken et al., 2014). Innen gruppen mennesker med autisme er det om lag 5 ganger så mange menn som kvinner (Bakken, Helverschou & Martinsen, 2016). Skjev kjønnsfordeling i personalgruppene var det imidlertid ikke noen av deltagerne i min undersøkelse som nevnte i de åpne spørsmålene. I en rapport fra Nordisk ministerråds seminar i 2012 (Svendby, 2013) hevdes det at det er viktig at det jobbes med rekruttering av menn til omsorgssektoren slik at brukere kan møte ”et mangfold av mennesker i sin hverdag”. På denne bakgrunn kan det kanskje være mulig å tenke seg at også en diskusjon om sammensetningen i personalgruppene som skal ta seg av noen av de mest sårbare brukerne i velferdsstaten kan være en del av den faglige veiledningen.

Utbytte av faglig veiledning

Et sentralt funn viser at tilnærmet alle deltakerne, bortsett fra en person, svarte at de lettere kunne forstå brukerens behov og sammensatte utfordringer etter den faglige veiledningen.

Veiledning og refleksjon har til hensikt å øke kvaliteten på tjenestene gjennom faglig og personlig kompetanseutvikling (Tveiten, 2008). En artikkel av Paulsen, Haug og Hjelmeland (2015) viser til en studie av fagringer, altså en systematisk arbeidsprosess med fagdager holdt av eksterne forelesere. De som ble veiledet under fagdagen, hadde ansvar for å fordype seg i litteraturen som skulle diskuteres på fagdagen. En viktig del av det som kom frem i studien deres, var faglig felleskap med andre, tid og muligheter for å fordype seg i fag, søke på litteratur, diskutere faglige utfordringer med andre og motta veiledning på eget arbeid (Paulsen et al., 2015). Owren (2003) viser til i sin artikkel om utfordringer man treffer på ved å jobbe i turnus for tjenesteytere som jobber med utviklingshemning. Han forteller at man kan ha opptil 20 mennesker som jobber med én bruker i måneden, og dermed de utfordringene som dukker opp hvor alle har sin måte å jobbe på. I en faglig veiledning er det vanligvis gunstig å ha en felles plattform å diskutere på, med et felles mål, nemlig brukerens behov. Selv om det var stor enighet i at de ansatte lettere kunne forstå brukerens behov og sammensatte utfordringer etter den faglige veiledningen, så viser de andre utsagnene fra utbytteskalaen at det var stor forskjell i hva slags utbytte den enkelte satt igjen med. De med lavere utdanning enn høyskole hadde en høyere skåre på utbytteskalaen. Dette indikerer at de hadde mer utbytte av den faglige veiledningen enn de med høyere utdanning. Det kan være at de med lavere utdanning enn høyskole har færre fora å delta i. De kan ha en rekke spørsmål og erfaringer som de kanskje ikke får diskutert eller drøftet med andre fagpersoner før de kommer til faglig veiledning. Samtidig så viser denne undersøkelsen at flere av de uten høyere utdannelse hadde lang erfaring. Dette betyr at de kan ha mye klinisk kunnskap, selv om de ikke har den formelle kompetansen. I en artikkel i forbindelse med masteroppgave (en studie av sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av tvang overfor tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning), som riktig nok ser på bruk av tvang og hvordan de med eller uten høyskole utdanning forholder seg til det, så viser det seg at det ikke er noen signifikant forskjell på utdanningsnivå og bruken av tvang (Vagle, Holden & Offernes, 2011). Det kommer videre frem at veiledningen både internt og for eksempel fra spesialisthelsetjenesten, når frem til tjenesteytere, uavhengig av utdanningen. Selv om mine funn tilsier at de med mindre høyskole utdanning har større utbytte, så er resultatene sammenliknbare i den forstand at i begge undersøkelsene har de uten formell utdanning utbytte av veiledningen. Vagle et al. (2011), spør i sin artikkel "er utdanningen nøkkelen?", om viktigheten av systematisk personalopplæring som et sterkere verktøy enn nødvendigvis høyskoleutdanning. De skriver videre om krav til at en person med høyskoleutdanning skal vurdere hvorvidt det skal utøves

tvangsmiddelbruk etter sosiallovens kapittel 9, uten nødvendigvis å ha kjennskap til foranledningen eller hva som har vært den utløsende faktoren.

Lov om sosiale tjenester kapittel 9 (tidligere kapittel 4A) omhandler bruk av makt og tvang overfor mennesker med utviklingshemning. Tvang kan bare brukes for å avverge skade i nødsituasjoner, i gjentatte nødsituasjoner eller for å dekke brukerens grunnleggende behov (Vagle et al., 2011). Det er altså kun brukere med komplekse tilstander som kan gjøre potensiell skade på andre – også tjenesteytere, som det er lov å bruke tvang overfor.

Mange av pasientene som omfattes av denne oppgaven har vedtak etter sosiallovens kapittel 9. Selv om psykiatrisk spesialisthelsetjeneste ikke har formelt ansvar i å veilede personalgruppene som skal håndheve denne lovparagrafen, vil ofte bruk av tvang og makt bli tema i faglig veiledning fra avdelingen der jeg jobber. Fordi det i denne oppgaven som i studien presentert hos Vagle et al. (2011) var en stor del ufaglært tjenesteytere, er det interessant at også disse fant at det ikke var mindre bruk av tvang og makt når høyskoleutdannede var på jobb. Også der kom veiledningen fram til alle uansett utdanningsnivå hadde utbytte av veiledning. Kanskje det kan være mulig å si at veiledning er viktig for alle tjenesteytere uansett utdanningsnivå – men at det kan være en god ide å kartlegge personalgruppens formelle utdanning og yrkeserfaring i starten av samarbeidet slik at den faglige veiledningen blir mest mulig effektiv. Loven krever at det er ansatt fagpersoner med minimum høyskoleutdanning i botiltak der det gis omsorg til brukere med vedtak om bruk av makt og tvang. Veiledning omkring hvordan slike vedtak skal praktisk utføres, gjøres av habiliteringstjenesten for voksne, som er en del av spesialisthelsetjenesten.

I de åpne spørsmålene var det fem personer som mente at den faglige veiledningen burde vært hyppigere og fire personer mente at den burde hatt lengre varighet. Selv om dette er små tall, er det i tråd med en undersøkelse gjort fra 2011 (Høium, Jensen, Westli & Antonsen, 2012). Denne undersøkelsen tok for seg ansattes erfaringer og opplevelse av en veiledningsmodell. De ansatte var i dette tilfelle personer som jobbet i bofelleskap for voksne personer med utviklingshemning. Høium et al. (2012) fant i sin undersøkelse at gjennom refleksjonsarbeid og veiledning ble de ansatte tryggere og mer engasjert. Et annet interessant funn de gjorde var at det tok tid for de ansatte å bli trygge i veiledningssettingen. Tveiten (2008) betegner denne startfasen som "selvsentrerthetsfasen", hvor deltakeren er mer opptatt av hvordan det er å være seg selv i i gruppen. Etter hvert som deltakerne ble trygge i settingen, responderte de også mer positivt og gav større uttrykk for å ha utbytte av veiledningen. Svarene i deres undersøkelse flyttet seg hyppig i retning utbytte- "stor grad" etter flere veiledninger. Selv om

undersøkelsen ser på refleksjon som en veiledningsmodell, er det mulig å sammenlikne disse resultatene med mine funn.

I bofellesskapet hos Høium et al. (2012) bodde det eldre brukere med tilleggsproblemer som psykisk lidelse og andre utfordringer. Slik sett likner brukergruppen noe på den i min undersøkelse. Også i denne studien har personalgruppen variert erfaringsbakgrunn, med ”en stor del ansatte med høyskolebakgrunn” (ikke nærmere angitt andel), også som i min. Det er to vesentlige forskjeller som er interessante og kan belyse funnene i min oppgave. For det første varte veiledningen i tre år – hvor ofte det var veiledningsmøte er ikke angitt. For det andre var det en ekstern forsker som evaluerte svarene i studien. De ansatte svarte på spørreskjema etter ett år, to og tre år. Etter ett år var 29% som var godt fornøyd med faglig utbytte. Dette tallet steg til 90% etter to år (og sank igjen til 40% etter tre år – noe forskergruppen hadde litt forskjellige hypoteser om). I min undersøkelse har personalgruppene hatt samarbeid med døgnpustene i avdelingen gjennomsnittlig i ett år, med en intensiv faglig veiledning på fagdager ved utskrivningspunktet. Altså i vesentlig kortere tid. Funnene til Høium et al. (2012) kan peke i retning av at også faglig veiledning er en prosess hvor det å bli trygg i gruppen først kanskje er en forutsetning for at faglig veiledning skal kunne føre til økt kompetanse for den enkelte deltager i veiledningen. Kanskje hadde personalgruppene i de kommunale tjenestene vært mer fornøyd hvis veiledningen hadde vart lenger og det hadde vært mer tid til å bli kjent. Høium et al. (2012) hadde en ekstern forsker som evaluerte spørreskjemaene. Det står ikke noe i artikkelen om respondentene visste dette på forhånd, men det er alltid en viss sjans for at svarene kan bli tolket i mer gunstig retning når det er samme person som utfører intervjuet (i mitt tilfelle veiledningen) som er den som evaluerer den. Se ellers diskusjon av metode for mer om dette siste tema.

Omtrent en av fire fremholdt at høyere bemanning, fast eller i perioder ville gi brukeren et tilstrekkelig eller bedre tilbud. Det at personer med utviklingshemning skal ha et tjenestetilbud er lovregulert, men antall ansatte blir vurdert ved tildelingskontorer i den enkelte kommune (Bakken et al., 2014). I hvor stor grad denne gruppen brukere får av hjelp og ressurser gjennom kommunale vedtak er ulikt (Bakken et al., 2014). Ved utredning i spesialisthelsetjeneste, kan man i noen tilfeller få anbefalinger om endrede ressurser i form av bemanning (Bakken et al., 2014). Dette er i tråd med min egen kliniske erfaring, at hovedfokus kan i enkelte tilfeller handle om ressurser. Dette gjelder da både høyere bemanning, økonomi og andre former for ressurser. I denne undersøkelsen blir de andre ressursrelaterte faktorene ikke nevnt i særlig grad.

Det at tilnærmet alle deltakerne, bortsett fra en person, svarte at de lettere kunne forstå brukerens behov og sammensatte utfordringer etter den faglige veiledningen kan tyde på at veiledningen har vært nyttig for alle de ansatte. Min kliniske erfaring er i samsvar med funnene i denne oppgaven og nevnte litteratur. Det kan likevel i enkelte saker oppstå både faglige uenigheter, lange diskusjoner om både relevante og mindre relevante temaer underfaglig veiledning, både under møter i løpet av den perioden pasienten får et tilbud fra avdelingen og på selve fagdagen. Min personlige opplevelse av veiledningssituasjonene er ofte at når det er en felles forståelse av brukerens problemer, vil diskusjonen eller uenigheten komme brukeren til gode, der alle taler brukerens sak, men med ulike stemmer. Dette siste poenget er det ikke dekning for i dataene her, det er kun min erfaring gjennom ca ti år i samhandling med personalgrupper i kommunale tjenester som tilsier dette. Dette med felles forståelse er særlig viktig når en personalgruppe skal arbeide sammen for en person som bare i liten grad klarer å fortelle om problemene sine. Betydningen av felles forståelse vil kunne være et viktig tema å utforske videre.

5.2 Kliniske implikasjoner

Hva betyr så disse funnene for klinisk helsearbeid?

Funnene i undersøkelsen viser at den faglige veiledningen har en sterk verdi for kommunale tjenesteytere. De verdsetter stort sett veiledningen de får fra spesialisthelsetjenesten. Med dette menes at alle unntatt én sier at han blir tryggere i samhandling med bruker etter den faglige veiledningen. Vi kan videre lære av deres tilbakemelding at tiden de får, trolig ikke er nok. Dette er i samsvar med undersøkelsen til Høium et al. (2012), at å skape gode og trygge rammer tar tid, og at en sekvens på en halv dag er altfor lite. Videre er min forståelse av funnene at spesialisthelsetjenesten burde ha jobbet enda tettere med førstelinjetjenesten, og gjerne mer brukernært. Det har i undersøkelsen også kommet konkrete tilbakemeldinger på at det burde vært mer brukerrettet, og mindre generelt. Høyskoleutdannede har mindre utbytte enn de med mindre høyskoleutdanning, er et overraskende funn, og det tyder på at nivået på veiledningen burde evalueres og tilrettelegges den enkelte boligen. De/den som veileder burde kartlegge hvem de holder veiledningen for på forhånd før den har sine møter. Det kan virke som veiledningen blir for generell, og at den treffer noen men ikke alle. Det kan trolig være vanskelig å treffe "alle" med innholdet, men der mener jeg Vagle et al. (2011), kommer frem med gode forslag om å rekruttere ufaglærte fra egen arbeidsplass til relevant utdanning som

en bedre metode for å forsikre seg om at flere drar i samme retning. Man kunne ha fordelt veilednings ansvaret, med både intern og ekstern veiledning. Selv om undersøkelsen er liten, så viser den fortsatt at det jobber omtrent dobbel så mange kvinner som menn i som tjenesteytere for mennesker med utviklingshemning.

Min erfaring med å ha faglig veiledning er at det er lettere å ha veiledning når de vi skal veilede har sendt inn konkrete ønsker inn på forhånd. De blir invitert til å sende inn konkrete forslag de ønsker å snakke om på forhånd, men dette gjøres i vekslende grad. Når det blir sendt inn forslag på forhånd, har vi registrert at de møter forberedt til møte med for eksempel relevant litteratur og notater/ spørsmål de ønsker å drøfte underveis. Videre tilsier vår erfaring at det er forskjell på engasjement hvorvidt utredningen har vært i tråd med deres ønsker og mål. Med dette menes at dersom det ikke har vært samsvar mellom hvordan de hadde sett for seg at utredningen skulle ha blitt, så fører det oftere til mindre engasjement. Grad av høyskoleutdanning og utbytte er forskjellig fra sak til sak. Min erfaring tilsier allikevel at de med mindre enn høyskoleutdanning trolig har høyere utbytte, da de ofte innehar mindre fagkunnskap enn de med høyskoleutdanning. Dette kan også funnene gjort i forbindelse med denne oppgaven (utbytteskalaen) antyde. Min egen erfaring gjennom klinisk praksis tilsier videre at de med lavere utdanning enn høyskoleutdanning kan ha veldig god kjennskap til brukeren, gjerne gjennom lengre bekjentskap enn de med høyskoleutdanning. Dermed kan det være en interessant og fruktbar sammensetting av personalgruppen med ansatte både med erfaring og med utdanning. Hvis det er slik at ufaglærte og høyskoleutdannede bringer med seg ulike perspektiver inn i arbeidet kan dette kanskje være bra for brukeren. Videre har jeg erfaring med at det er noen få personer som kommer til orde i grupper som får faglig veiledning, selv om det i utgangspunktet er lagt opp til at alle skal komme til. Dette samsvarer med tilbakemelding fra undersøkelsen om at det burde ha vært lagt opp til mindre fora, altså med færre personer til stede i veiledningen.

På min arbeidsplass som er utgangspunkt for denne oppgaven har vi de siste 5 - 6 årene allerede jobbet etter modellen med faglig veiledning i møter mens pasienten er innlagt eller får et tilbud i poliklinikken, og bruker fagdag til veiledning hvor det er et spesielt fokus på resultat av utredningen både hva angår diagnose og behandling. Avdelingen yter altså helsehjelp både i sykehus og deretter gis det oppfølging til det lokale apparatet rundt brukeren. Videre har vi spisskompetanse for mennesker med psykisk lidelse og utviklingshemming og autisme på regionalt nivå, vi mottar pasienter fra forskjellige helseforetak i Helse Sør-Øst. Likevel er som beskrevet i kapittel 2 fremdeles

kunnskapsgrunnlaget for den utredning og behandling som gis begrenset. I den aktuelle spesialistavdelingen som er min arbeidsplass, er det etterstrebet at praksis skal være kunnskapsbasert. Dette kan være en utfordring i veiledningen fordi det tidligere i omsorgen for mennesker med utviklingshemning har vært vektlagt læringsbaserte metoder og psykisk helse har vært lite påaktet (Bakken & Sageng, 2016). Dette stiller store krav til at faglig veiledning og spesielt fagdagen – som er avdelingens ”flaggskip” i kompetanseoverføringen til kommunene, inneholder elementer som kan belegges med nyere kunnskap. For eksempel oversiktsartikkelen til Bakken & Sageng (2016) påpeker at metoder i psykisk helsearbeid overfor den generelle befolkningen passer også for mennesker med utviklingshemning. Dette er et viktig element å ta med på en fagdag. I generell psykiatri har relasjoner og god samhandling tradisjonelt vært en bærebjelke i psykisk helsearbeid (Bakken & Sageng, 2016), mens det i omsorgen for mennesker med utviklingshemning har mestring og autonomi vært sentrale faktorer. Disse to retningene kan kanskje stå noe i motsetning til hverandre, noe jeg har erfart fra samarbeid med mange kommunale personalgrupper. Denne oppgaven har vist meg at på fagdag bør kanskje representanter fra spesialisthelsetjenesten (fra vår avdeling) legge mer vekt på å presentere spesifikk relevant litteratur i tillegg til å bare referere til ”nyere forskning sier”.

Helt konkrete tema for den faglige veiledningen har ikke vært etterspurt i denne oppgaven, men deltagerne har gitt uttrykk for at de ønsker seg mer spesifikt om den enkelte bruker. Deltagernes svar stemmer godt med kunnskap om kompleksiteten i tilstanden til pasientgruppen det skal veiledes overfor (Dosen, 2007). Som beskrevet i kapittel 2, har pasienter med utvikling og psykisk lidelse også ofte flere tilleggsproblemer, hvorav utfordrende atferd er veldig vanlig (Vagle et al., 2011). For å kunne gi gode tjenester til den aktuelle pasientgruppen vil det være viktig å trekke frem både generelle faktorer inne psykisk helsearbeid for denne gruppen samtidig som det som angår den enkelte pasient også bør være en del av tema på fagdagen, som deltagerne etterlyser. Personer med utviklingshemning har ofte uvanlig språk og væremåte (Bakken, 2016b). Hvordan psykisk helsearbeid skal utøves på en best mulig måte bør derfor tilpasses i det enkelte tilfelle og det finnes neppe en mal som passer for hele gruppen. Dette perspektivet bør kanskje legges mer vekt på i faglig veiledning overfor kommunale personalgrupper med daglig ansvar for oppfølging av mennesker med utviklingshemning og psykisk tilleggslidelse.

Avslutningsvis vil jeg knytte et par kommentarer til forholdet mellom den som blir veiledet – fokuspersonen eller veilederen, og den som gir veiledning. Som nevnt i kapittel 2 har disse to

forskjellige roller. Veilandens rolle innebærer å være villig til å ta imot veiledning. Veileders rolle er å skape trygge rammer og å formidle det faglige. I mitt arbeid kan det være særlig viktig å definere disse rollene i begynnelsen av det faglige veiledningsforløpet og særlig i god tid før fagdagen slik at denne kan brukes godt og at alle fremmøtte kan få utbytte av den. Karin Blix Flage (2010) forslår at rollene kan avklares ved at veileder spør etter hvilke konkrete arbeidsoppgaver den enkelte i gruppen har overfor pasienten. Dette kan være veldig nyttig fordi de med høyskoleutdanning og de som har lavere utdanning kan ha ulike oppgaver og roller overfor pasienten. Hvis dette er avklart og snakket om i begynnelsen av en faglig veiledningsprosess vil det kunne gjøre arbeidet lettere også for veileder som vil ha en bedre forståelse for hva den enkelte veiland kommer opp med på fagdagen basert på kunnskap om den enkeltes rolle og konkrete arbeidsoppgaver.

6.0 DISKUSJON AV METODE

I dette kapitlet vil det gjøres rede for de metodiske styrkene og svakhetene som kan ha vært med på å påvirke resultatet av undersøkelse. Dette kalles bias eller skjevhet i forskningssammenhengen (Benestad & Laake, 2004). Valg av metode vil bli begrunnet og det som kunne vært gjort annerledes vil bli diskutert.

6.1 Generelle styrker og svakheter ved undersøkelsen

Denne undersøkelsens har flere styrker. Den høye svarprosenten på 85 % er en sterk side ved undersøkelsen. I tillegg var det den første undersøkelsen som har blitt gjort for å måle holdningsspørsmålene til kommunale tjenesteytere som jobber med mennesker med utviklingshemning. Resultatene fra undersøkelsen har allerede hatt kliniske implikasjoner i og med at det har ført til endringer på min arbeidsplass ved at det allerede er igangsatt et arbeid med å utvikle en prosedyre for Fagdag i klinikk psykisk helse og avhengighet sin E-håndbok. Videre er Fagdag blitt godt mottatt i de kommunale boligene som har vært med i undersøkelsen. Andre styrker som anses som positive med denne undersøkelsen, er et nøytralt utvalg av deltakere. Med nøytralt utvalg i denne sammenhengen, menes det at utvalget ikke ble gjort systematisk, men utvalget har bestått av de siste fem avsluttede sakene på avdelingen i det gitte tidsrommet. Svakheten med undersøkelsen er at det er en tverrsnittsundersøkelse og dermed ikke kan gi noen årsak- virkning svar. Det å ikke ha en kontrollgruppe kan også betegnes som en svakhet, men det ville vært vanskelig å ha et slikt design i denne type undersøkelse. Det kunne vært bedre om undersøkelsen hadde vært en før og etter faglig veiledningsundersøkelse, da ville den sannsynligvis ha sagt noe mer konkret om årsak- virknings sammenhenger. Som nevnt i metodekapitlet så er en av svakhetene med tverrsnittsundersøkelse nettopp at den er gjort i et bestemt tidspunkt eller en begrenset tidsperiode, og det gjør dermed det utfordrende å trekke konklusjoner. Dersom denne undersøkelsen skulle ha blitt gjort igjen, så kunne man ha formet denne slik at den kunne ha liknet på tidligere undersøkelser. En annen ting jeg ville ha fått frem tydeligere om jeg skulle ha laget spørreskjemaet om igjen er å ha med i spørreskjemaet i hvilket tidsrom deltagernes erfaringer er fra. Det kan være at de siste erfaringene sitter ferskt i minne, dette kan ha påvirket informantenes tilbakemelding.

6.2 Metodevalg

Denne undersøkelsen valgte å bruke et kvantitativt design hvor et spørreskjema ble utviklet og gitt til de ansatte. En kvalitativ undersøkelse med intervju eller annen form for dialog ville sannsynligvis ha gitt mer dybde og mer inngående informasjon enn nevnte spørreskjema. Dette ville kunne vært hypotesegenererende. På bakgrunn av klinisk erfaring mente jeg og avdelingslederen at vi hadde nok informasjon til å kunne generere et spørreskjema som ville kunne fange opp de tema vi mente var viktige. I tillegg var det ønskelig å få svar fra flest mulig ansatte og ikke kun et lite antall deltagere som ville bli intervjuet i en kvalitativ undersøkelse. I min masteroppgave ble valget av antall informanter vektet tyngst. Jeg forsøkte derfor å avslutte spørreskjemaet med mulighet til å skrive noen linjer for deltagerne gjennom åpne spørsmål. En annen grunn til at jeg ikke ønsket å gjennomføre intervjuer, var på grunn av å ivareta anonymiteten til deltagerne. Jeg ønsket deres oppriktige mening og tilbakemelding, uten at det kunne blendes av deres erfaring (verken god eller dårlig) med spesialisthelsetjenesten. Mange hadde hatt meg som veileder og det kan være de hadde vært mindre ærlige om de skulle snakke om sine erfaringer med meg som hadde vært deres faglige veileder. Det var også en del av intensjonen med denne formen for tilbakemelding, at mine personlige antakelser og meninger ble satt til side, og at resultatene ble møtt nøytralt. Disse faktorene i sum ble avgjørende for valg av kvantitativ metode, selv om jeg måler deltagerne erfaringer og opplevelse i møte med spesialisthelsetjenesten.

Spørreskjema er enveis kommunikasjon med respondenten, det må derfor benyttes et enkelt språk slik at respondenten forstår spørsmålene. Spørsmålene må videre være relevante for problemstillingen (Johannessen et al., 2011). Spørreskjema har vært den dominerende måten å finne svar på innenfor den kvantitative samfunnsvitenskapen (Fekjær, 2016). Faste spørsmål og svar alternativer gir standardisering, som gjør at man kan se på likheter og variasjoner i måten informantene svarer på (Johannessen et al., 2011). Videre sier Fekjær (2016) noe om fordelene og begrensningene ved å benytte dette verktøyet. Fordelene kan være at man når ut til mange, ofte uten å bruke større ressurser, samt at innsamling av tilbakemeldingene ofte er relativt kostnadseffektive (elektronisk, telefon, ferdig frankert konvolutt). En annen fordel i et spørreskjema kan være at metoden gir tilgang til folks oppfatninger, holdninger og opplevelser (Øia & Vestel, 2014). Det blir anbefalt å benytte spørreundersøkelser som er brukt tidligere for å sikre god reliabilitet og validitet. Jeg ønsket å utarbeide spørreundersøkelse

selv, da jeg på nåværende tidspunkt ikke fant noen spørreundersøkelser som jeg kunne benyttet meg av.

Jeg har heller ingen oversikt over hvordan deltakerne besvarte spørreskjemaet. Om de besvarte skjemaet sammen to og to, om noen ledere var i rommet og om de i det hele tatt ble påvirket av andre faktorer. Jeg vet heller ikke om de besvarte skjemaene før en eventuell vakt, eller etter vakten. Også disse faktorene vil trolig påvirke deltakerne, enten i den ene eller andre retning.

Dilemma i en slik undersøkelse er naturligvis at den ikke trenger å representere andre boliger enn de som har blitt undersøkt. Jeg håper allikevel at svarene er tilstrekkelig til at jeg kan analysere funnene mine opp mot eksisterende forskning på området og opp mot egen klinisk erfaring.

Det kan reflekteres over om alle spørsmålene i spørreundersøkelsen er gode nok til å fange opp informantenes erfaringer med spesialisthelsetjenesten. Jeg ser også i ettertid svakheter ved spørsmål 12 (Den faglige veiledning er tverrfaglig, der alle har muligheten til å komme med innspill) og spørsmål 16 (Det er tilstrekkelig med tid, og bemanning til å gjennomføre aktivitetene). Hvis jeg skulle ha gjort det igjen, ville jeg ha unngått å hatt to spørsmål inneklemt i et spørsmål. Jeg burde også ha definert hva som ligger i begrepet spesialisthelsetjeneste, da min kliniske erfaring tilsier at man ofte kan forveksle psykiatrisk spesialisthelsetjeneste med Distriktpsikiatrisk senter, DPS (DPS er bare en del av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste – som omfatter både sykehus, poliklinikker og ambulante team). Jeg burde videre hatt et åpent spørsmål i spørreskjema mitt hvor respondentene kunne selv ha kommet med valgfri innspill, forslag og tilbakemeldinger, uten at mine spørsmål/utsagn la føringer for svarene.

Det finnes ulike meninger blant de som bruker verktøyet Likert- skala om hvor mange verdier/punkter man bør ha på skalaen (Johannessen et al., 2011). For denne oppgaven ønsket jeg å ha en nøytral verdi, og valget ble derfor fem verdier. I Johannessen et al.(2011) står det at forskere har ulike oppfatninger, hvorvidt en bør ha med en nøytral kategori, da respondentene vil helle mot denne dersom den er der. For denne undersøkelsen var det allikevel av betydning om deltakerne var nøytrale i holdningene til utsagnet, og om hvor mange som eventuelt var det. Holdningsspørsmålene var av betydning da deltakerne hadde kjennskap til tema, og det var dermed mulig å ha en holdning. I Johannessen et al. (2011) står det også at man bør overveie om man skal ha med filterspørsmål, for å skille ut deltakere som

faktisk ikke har noen mening om tema. Dette ble ikke inkludert av nettopp den tidligere nevnte grunnen at deltakerne bør ha kjennskap til tema.

I følge Johannessen et al (2011), kan man benytte åpne spørsmål for å gi deltagerne mulighet til å formulere svarene med egne ord, samt at forskeren får tilleggsinformasjon som man kan ha unngått i de oppgitte svaralternativene. I følge Malterud (2013) er det krevende å formulere spørsmål som virkelig er åpne. Det er heller ikke alle som er vant til å uttrykke seg skriftlig, samt at det ikke er uvanlig å få klisjèpregede svar. En annen begrensning kan være at svarene ikke kan generaliseres, da det ikke kommer frem hvem som svarer og hva de svarer (Malterud, 2013).

Det har vært noen endringer i både oppgavens tittel og i problemstillingen underveis i arbeidet med denne oppgaven. Ordlyden i problemstillingen har blitt endret, men ikke innholdet. Grunnen til at det ble endringer i problemstillingen er at gjennom arbeidet med denne oppgaven har det kommet frem at det som faktisk blir målt er kommunale tjenesteytternes opplevelse av den faglige veiledningen de mottar. Kompetanseoverføringen som var i den gamle problemstillingen var for bredt og upresist i forhold til denne oppgavens fokus. Endringen i tittelen ble gjort da også den var for upresis og vid. Det ble lenge vurdert å beholde tittelen, men etter diskusjoner med kollegaer og ledere ble det enighet om at samhandlingsreformen er "grunnlaget" for intervensjonen med veiledning. Informasjonsskrivet som ble sendt til deltakerne hadde den gamle problemstillingen og tittelen. Tittelen var: "Brukeren må vinne på samhandlingsreformen". Problemstillingen var: Hvordan kan spesialistlinjehelsetjeneste gjennom kompetanseoverføring, sørge for optimal overføring av brukere mellom tjenestelinjene". Det bør allikevel ikke ha hatt noe å si for resultatene i denne oppgaven.

6.3 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet og validitet knyttes til spørsmål om forskningens pålitelighet og forskningens gyldighet, og om en annen forsker som benytter samme metode vil komme frem til samme resultat (Polit & Beck, 2012). Reliabilitet er et begrep for pålitelighet eller nøyaktigheten i undersøkelsen (Polit & Beck, 2012). Det finnes ulike måter man kan teste dataens reliabilitet på, man kan for eksempel gjenta en undersøkelse med et gitt tidsperspektiv, dersom man skulle få omtrent de samme resultatene, vil det si at resultatet har høy reliabilitet (Polit & Beck, 2012). Man kan videre dele reliabilitet inn i indre konsistens, test- retest reliabilitet og

interrater reliabilitet (Polit & Beck, 2012). I følge Halvorsen (2003) handler indre konsistens seg om i hvilken grad de ulike elementene måler det samme underliggende fenomenet. Cronbachs alpha er i følge Polit og Beck (2012) den mest brukte metoden for å evaluere indre konsistens. Test- retest angir samsvar mellom resultater av en og samme test på to forskjellige tidspunkter (Halvorsen, 2003). Inter-rater reliabilitet handler også om å teste korrelasjonen på begge tidspunktene, men gjort av ulike fag personer, på bakgrunn av deres observasjoner (Polit & Beck, 2012).

Validitet betyr gyldighet, sagt med andre ord så handler validitet om å unngå forskningsmessige fallgruver (Skog, 2010). Det skilles mellom forskjellige former for validitet, herunder: begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet. Begrepsvaliditet dreier seg om å se relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene, altså i hvilken grad et kartleggingsverktøy måler det den er tiltenkt til (Johannessen et al., 2011). Intern validitet, handler i stor grad om å påvise årsakssammenhenger (Johannessen et al., 2011). Med andre så vil man med intern validitet forsøke å finne forklaring på om det er A som frembringer B, eller om B frembringes av andre faktorer, og hvis A frembringes av B, hva skyldes det? (Skog, 2010). I følge Johannesen et al. (2011), så vil ikke intern validitet være relevant å benytte dersom man foretar en tverrsnittundersøkelse, slik jeg har gjort i denne oppgaven. Ekstern validitet sier noe om resultatene fra en gitt undersøkelse er generaliserbare (Aalen et al., 2006). Med dette menes at hvordan ville resultatene ha blitt seende ut dersom utvalget med bestemte egenskaper for eksempel hadde endret rom og tid (Aalen et al., 2006).

6.4 Risiko ved bias ved selvrapportering

Det er alltid en risiko for at resultatene skyves i en bestemt retning ved selvrapportering (Benestad & Laake, 2004). Slik systematisk skjevhet kalles bias (Benestad & Laake, 2004). Bias deles inn i tre hovedgrupper: seleksjons, informasjons og konfundering (Benestad & Laake, 2004). Seleksjonsbias er en vridning av resultatene ved at deltakerne har blitt inkludert i studien, på en bestemt måte (Benestad & Laake, 2004). Denne typen faren for utvalgsskjevhet vil kunne oppstå når man for eksempel foretar forskning på egen arbeidsplass. Sosial ønskverdighet er et begrep som ofte benyttes i personlighetstester, men elementer av dette kan også sees i denne typen undersøkelser, hvor deltagerne ønsker å svare i henhold til det som er sosialt akseptabelt, og ikke ønsker å rapportere ufordelaktig informasjon om seg

selv (Gravdal & Sandal, 2004). I denne undersøkelsen kan man tenke seg at siden det var så få deltagere ville de kanskje prøve å stille seg positive til meg fordi de trolig visste hvem jeg var og hadde nylig hatt samarbeid med meg. Imidlertid har alle svarene vært anonyme slik at jeg ikke har hatt mulighet til å gjenkjenne hvem som har svart hva.

7.0 KONKLUSJON

Det kommer frem gjennom arbeidet med denne masteroppgaven at den faglige veiledningen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste yter til kommunale tjenesteytere som har ansvar for personer med utviklingshemning og psykisk lidelse er fruktbar. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at alle unntatt en mente at de ble tryggere i samhandling med brukeren etter den faglige veiledningen. Dette er et betryggende resultat sett fra et brukersynspunkt.

Det kan selvfølgelig være en mulighet for at svarene er påvirket av at det er den samme som har gjort undersøkelsen som har gitt deltagerne veiledning i større eller mindre grad. Dette er det vanskelig å vite helt sikkert, selv om lovnader om anonymitet ble gjort tydelig, samt at sakene var avsluttet. Det er også interessant at så mange som omtrent halvparten lot være å svare på de åpne spørsmålene, uavhengig av om de var fornøyde eller ikke.

Utover dette var det en rekke andre tilbakemeldinger og funn som var interessante. De med utdanning på grunnskole/ videregående skole-nivå var mer tilfreds med den faglige veiledningen enn de med høyskoleutdanning eller høyere nivå. Dette var et noe overraskende, men interessant funn. Tilbakemeldingen var at den faglige veiledningen kunne bli for generell, og ikke konkret nok rundt brukeren. Dette funnet indikerer at den som har ansvar for veiledning til kommunale tjenesteytere bør gjøre enda mer bakgrunnsarbeid med å kartlegge hvem som mottar den faglige veiledningen før man starter på denne prosessen slik at flest mulig i de aktuelle personalgruppene får best mulig utbytte.

Utbytte av veiledningen var forøvrig et viktig funn, som pekte seg ut gjennom faktoranalyse. Det viste seg at i tillegg til at de ble tryggere i samhandling med brukeren, så ble de også tryggere på seg selv som fagpersoner. Det viste seg også at kjønn og stilling ikke påvirket resultatene; det var ikke signifikant forskjeller mellom menn og kvinner som svarte og heller ikke signifikante forskjeller mellom fulltids- og deltidsansatte. Dette tyder på at menn og kvinner har omtrent like stort utbytte av den faglige veiledningen. Det samme gjelder utbytte av fulltidsansatte og deltidsansatte og ekstravakter.

Andre konkrete forslag som var interessante var at flere ønsket at den faglige veiledningen kunne ha vart lengre. Tidligere forskning viser viktigheten av å ha veiledning en god stund, men ikke for lenge. Da kan den ha motsatt effekt. Det er på avdelingen i disse dager en gjennomgang av veiledningsmodellen med bakgrunn i resultatene fra denne masteroppgaven.

De siste tilbakemeldingene i undersøkelsen viser til at mer ressurser, gjerne i form av høyere bemanning, vil kunne gi brukeren et bedre tilbud. Fra vårt synspunkt i en psykiatrisk

spesialistavdeling, får vi ikke gjort noe konkret med ressurser til kommunale tjenester, utover å komme med konkrete tilbakemeldinger på hva våre anbefalinger bør være. Vi kan i enkelte saker legge inn sterke føringer på hva anamnesen og diagnostiske funn anbefaler videre. Egen kliniske erfaring tilsier at behovet for ressurser ofte er reelt i kommunale tjenester, men det kan allikevel i enkelte saker også løses med kompetanseheving innad i personalgruppen.

7.1 Forslag til videre forskning

Det kunne vært interessant å gjøre en kvalitativ undersøkelse med gruppen som har deltatt i denne kvantitative undersøkelsen for å se om hvordan de opplever oppfølging av brukerne har vært etter "intervensjonen - fagdag". Det kunne også ha vært interessant å gjøre en liknende undersøkelse som allerede har blitt gjort med et kvalitativ design med dybdeintervjuer, for å finne ut om deltagerne hadde flere synspunkter enn de som allerede har kommet frem. Det vil uansett være interessant å forske mer på veiledningsprosesser til kommunale tjenesteytere som har daglig oppfølging av mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse fordi det er lite kunnskap om denne gruppens behov generelt.

I denne undersøkelsen er det de kommunale tjenesteyterne som har blitt spurt om hva de mener. Det hadde også vært interessant å spørre mine kollegaer om deres erfaringer gjennom arbeid i flere år, om hvilke faktorer som har blitt trukket frem i de møtene de har deltatt i. Har det vært endringer fra de første årene vi hadde fagdager til de siste årene? En annen ting som hadde vært interessant å sett på er hvilke faktorer som hadde blitt trukket frem av mine egne kollegaer med de samme utsagnene og spørsmålene hadde blitt brukt i denne oppgaven.

8.0 LITTERATURLISTE

Amundsen, B. (2013). *Folk svarer ikke lenger*. Bladet Forskning, 2, 1-3.

www.forskningsradet.no/bladetforskning/NyheterFolk_svarer_ikke_lenger/125

Anderssen, S.A. & Andersen, L.B. (2004). *Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003*. Sosial- og helsedirektoratet.

Aalen, O.O, Frigessi, A., Moger, T.A., Scheel, I., Skovlund, E., & Veierød, M.B. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bakken, T.L. & Sageng, H. (2016). Mental Health Nursing of Adults With Intellectual Disabilities and Mental Illness: A Review of Empirical Studies 1994–2013. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 286-291.

Bakken, T.L., Helverschou, S. & Martinsen, M. (2016). Mental illness in people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. In: Hemmings, C. And Bouras, N. (eds.) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. Cambridge University Press.

Bakken, T.L. (2016a). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning. I: Bakken, T.L. (red.). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. 2. opplag. Stavanger: Hertervig Forlag. s. 16-20.

Bakken, T.L. (2016b). Kommunikasjon og samhandling I: Bakken, T.L. (red.). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. 2. opplag. Stavanger: Hertervig Forlag. s. 22-31.

Bakken, T.L. (2016c). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bakken, TL, Neset, B, Heien, G. & "Haralds" mor (2015). Psykisk helsearbeid for mennesker med psykose, autisme og utfordrende atferd - tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. *Fontene på nett*.

Bakken, T.L. (2014). Psychosis and Disorganized Behavior in Adults with Autism and Intellectual Disability: Case Identification and Staff-Patient Interaction. In: Patel, V. B. Preedy, V. R. and Martin, C.R. (eds.). *Comprehensive Guide to Autism*. New York: Springer Science.

Bakken, T.L., Kalvenes, G., Wigaard, E., Johansen, P.A. et al. (2014). Personer med utviklingshemning, autisme, psykisk lidelse og atferdsvansker: På anbud i 2013. *Fontene*, 1, 48-54

Bakken, T.L. & Martinsen, H. (2013). Adults with intellectual disabilities and mental illness in psychiatric inpatient units. Empirical studies of patient characteristics and psychiatric diagnoses from 1996-2011. *Int J Developmental Disabilities*. 59:3, 179-190.

Bakken, T.L. (2012). Kunnskapsgrunnlaget. I: Bakken, T.L., & Olsen, M.E. (red.). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Benestad, H.B. & Laake, P. (red., 2004). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Biong, S. «Å guide hverandre i hverandres systemer» En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8:1, 35-44.

Blix Flage, K. (2010). Selvavgrensing i veiledning. I: B. Karlsson & F. Oeterholt (red.). *Fenomener i faglig veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bøe, T., D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlag AS.

Bolstad, I.J. & Ødegaard, A.L.V. (2015). Fagdager bedret samarbeid.
<http://sykepleien.no/forskning/2015/03/fagdager-bedret-samarbeid-0>

Bratrud, T.L. & Granerud A. (2011) Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 206-217.

Chaplin, R. (2009). New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 189-199.

- Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 66-74.
- Eknes, J. (2014). Hva er utviklingshemning? Definisjon og begrepsbruk. *SOR Rapport*, 6, 95-101.
- Elstad, T.A., Steen, T.K. & Larsen, G.E.(2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Emerson, E, Moss, S. & Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disorders. I: N. Bouras (red.). *Psychiatric Disorders in Developmental Disorders and Mental Retardation*, 38-48. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene*. <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gjersing, L., Caplehorn, J.R.M. & Clausen, T. (2010). *Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations*. BMC Medical Research Methodology. <http://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-10-13>
- Gravdal, L., & Sandal, G.M. (2004). Sosial ønskeverdighet: Marlowe-Crowne Social Desirability Scale i norsk forkortet utgave. *Psykologtidsskriftet*, 41(9), 729-730.
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelens Akademisk Forlag.
- Hellvik, O. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsenorge.no (2016). Om spesialist- og kommunehelsetjensten.

<https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-spesialist-og-kommunehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – til rett sted - på rett tid*. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Hovden, T. & Bakken, T.L. (2015) Utviklingshemming, autisme og schizofreni: En pasienthistorie om kommunale tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 239-248.

Høium, K., Jensen, L.B., Westli, S. & Antonsen, E. (2011). Refleksjon som verktøy for kompetanseheving blant ansatte i et bofellesskap for voksne utviklingshemmede – å sette sin egen praksis under lupen gjennom veiledning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(2), 92-102.

Høgskolen i Sørøst-Norge (2016). Master i klinisk helsearbeid.

<https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/master-i-klinisk-helsearbeid/>

Jensen, K. (1992). *Hjemlig omsorg i offentlig regi: en studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2011). Introduksjon til *samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Oslo: Abstrakt Forlag.

Karlsson, B. & Oterholt, F. (red.). (2010). *Fenomener i faglig veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Killèn, K. (2007). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning - et felles faglig perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kittelsaa, A. & Tøssebro, J. (2013). *Kommunal praksis og personer med utviklingshemning*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

- Kullerud, H., Løwer, T.R. & Lydersen, B. (2013). Psykisk helse i samhandlingsreformen: god intensjon – for dårlig resultat. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 338-347.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Akademisk Forlag.
- Lauvås, P., & Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Lundstøl, J. (2012). Kirkegaards tanker om hjelpekunsten - en indirekte meddelelse om veiledning. I: A.K. Ulvestad & F.U. Kärki (red.). *Flestemt veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mackenzie-Davis, N. & Mansell, J. (2007). Assessment and treatment units for people with intellectual disabilities and challenging behaviour in England: an exploratory survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 802-811.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 3utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mohiuddin, S., Bobak, S., Gih, D. & Ghaziuddin, M. (2011) Autism Spectrum Disorders: Comorbid Psychopathology and Treatment. I: J.L. Matson, & P. Sturmey (red.). *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Springer.
- NAKU, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemning*. http://naku.no/sites/default/files/Helserapport_0.pdf
- Nøttestad, J.A. & Linaker, O.M. (2001) Self-injurious behaviour before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 121-129.
- Owren, T. (2003). Hvorfor strukturere tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemning eller autisme?. *SOR Rapport*, 49 (6), 12-17.
- Paulsen, K.M., Haug, E. & Hjelmeland, I. (2015). En gode ide? Bruk av fagring som metode for utvikling av kunnskapsbasert praksis i hjemmetjenester til mennesker med utviklingshemning. *Fontene Forskning*, 8(2), 49-62.

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reiss, S., Levitan, G., & Szyszko, J. (1982) Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- Sageng, H. (2008). Kommunale behov for ambulerende tjenester relatert til psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning. Høgskolen i Hedmark / Høgskolen i Vestfold: Masteroppgave Psykisk helsearbeid MMCH.
- Sandvin, J.T. (2011). Er premissene og rammevilkårene i dag forskjellige sammenlignet med for 20 år siden? *SOR Rapport*, 4, 38-45.
- Sceerenberger, R.C. (1983). *A history of Mental Retardation*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Skog, O.J. (2010). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smiley, E., Cooper, S.A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Mantry, D., McGrother, C., McConnachie, A., & Morrison, J. (2007) Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *British Journal Psychiatry*, 191(4), 313-319.
- Solheim, I.S. (2008). *Utviklingshemning og selvbestemmelse. En kvalitativ studie av hvordan personalet i boliger for voksne personer med utviklingshemning ser på beboernes selvbestemmelse*. Masteroppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. av 2. juli 1999 nr. 61. <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-006.html>
- Statistisk Sentralbyrå, SSB (2016). Helse- og sosialpersonell. <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>
- Steen, L.C., Fossum, R., Knudsrød, H. & Ødegaard, N.B. (2013). Fagdager økte motivasjonen. <http://sykepleien.no/forskning/2013/02/fagdager-økte-motivasjonen>
- Sullivan, G.M., & Artino, A.R. (2013). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541-542.

Svendby, R. (2013). *Rapport for Nordisk ministerråd ved Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet*. Kilden, Informasjonssenter for kjønnsforskning.

Søderstrøm, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. NTNU: NTNU samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering.

Teslo, A. L. (red., 2006). *Mangfold i faglig veiledning for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Leder (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(5), 98-103.

Tveiten, S.(2013). *Veiledning – mer enn ord*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vagle, B.R., Holden, B. & Offernes, N.-Ø. (2011). En studie av sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av tvang overfor tjenestemottagere med psykisk utviklingshemning. *SOR Rapport*, 4, 18-29.

World Health Organisation, WHO (2001). http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf (nedlastet 15. juni 2016).

World Health Organisation, WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva.

Ytre-Arne Fjelltveit, I. (2014). Studentene velger fortsatt tradisjonelt. Khrono. www.khrono.no/campus/2014/03/tradisjonell-kjonnsfordeling-pa-hioa

Østtveit, H. (2008). Faglig veiledning. Pusterom og samspill. *Fontene*, 9, 34- 39.

Øia, T. & Vestel, V. (2014). Generasjonskløfta som forsvant. Et ungdomsbilde i endring. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 14(1), 99-133.

Appendiks 1 – Litteratursøk

Siste søk 04.08.16.

	Søkeord/Emneord	NorArt	Swemed+	Medline(R)	PsycINFO
1.	Utviklingshemning AND Psyk	134 (8)			
2.	Veiledning AND Kommune	14 (1)			
3.	Utviklingshemning AND Omsorg	7 (1)			
4.	"Intellectual Disability"		481		
5.	"Mental Disorders"		12345		
6.	"Counseling"		733		
7.	"Community Mental Health Services"		440		
8.	4 AND 5 AND 6 AND 7		0		
9.	4 AND 5 AND 7		11 (2)		
10.	4 AND 5 AND 6		1		
11.	*Intellectual Disability			34860	
12.	*Mental Disorders			112522	
13.	*Counseling			36333	
14.	Supervision			22249	
15.	*Community Mental Health Services			12194	
16.	13 OR 14			36333	
17.	11 AND 12 AND 15 AND 16			1	
18.	11 AND 12 AND 15			36 (3)	
19.	Limit 18 to review articles			6	
20.	*Mental Disorders				58962
21.	*Counseling				17329
22.	Supervision				23680
23.	*Community Mental Health Services				6049
24.	21 OR 22				40363
25.	Intellectual Development Disorders/Autism Spectrum Disorders/ Development Disabilities				62878
26.	20 AND 23 AND 24 AND 25				0
27.	20 AND 23 AND 25				20 (1)
28.	20 AND 24 AND 25				7 (0)

Appendiks 2 - Spørreskjema

Spørreskjema

Bakgrunn

1. Kjønn: Mann___ Kvinne ___
2. Alder: 18-25 år ___ 26-35år___ 36-45år___ 46+___
3. Utdanning:
Grunnskole ___
Videregående (f.eks helsefagarbeider/hjelpepleier) ___
Høgskole eller høyere utdanning ___
4. Stilling: Fulltid ___ Deltid ___ Ekstravakt ___
5. Hvor lenge har du jobbet i denne boligen: 0-1år ___ 2-5år ___ 6år eller mer ___

Faglig veiledning som mottas fra spesialisthelsetjeneste

6. Jeg blir tryggere på meg selv etter den faglige veiledningen:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
7. Faglig veiledning gjør at jeg lettere kan forstå brukerens behov/sammensatte utfordringer:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
8. Den faglige veiledningen ligger på et nivå, som gjør at jeg får både utbytte og utfordret meg selv:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
9. Den faglige veiledningen bidrar til at jeg er tryggere i min samhandling med bruker:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
10. Det er lettere å strukturere hverdagen og planlegge samhandling slik at bruker får en bedre hverdag etter faglig veiledning:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
11. Jeg deltar aktivt i den faglige veiledningen:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
12. Den faglige veiledningen er tverrfaglig, der alle har muligheten til å komme med innspill:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
13. Det er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre den faglige veiledningen:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___
14. Det blir lagt til rette slik at alle som jobber rundt brukeren får tilbud om å delta i den faglige veiledningen:
Svært uenig ___ Uenig ___ Verken uenig eller enig ___ Enig ___ Svært enig ___

Organisatoriske faktorer

15. Boforholdene rundt brukeren er optimale:

Svært uenig ____ Uenig ____ Verken uenig eller enig ____ Enig ____ Svært enig ____

16. Det er tilstrekkelig med tid og bemanning til å gjennomføre aktiviteter:

Svært uenig ____ Uenig ____ Verken uenig eller enig ____ Enig ____ Svært enig ____

17. Det er sunn økonomi rundt brukeren (ikke brukerens private økonomi, men boligens):

Svært uenig ____ Uenig ____ Verken uenig eller enig ____ Enig ____ Svært enig ____

18. Det er som regel riktig bemanning rundt brukeren:

Svært uenig ____ Uenig ____ Verken uenig eller enig ____ Enig ____ Svært enig ____

19. Det legges til rette for faglig oppdatering med jevne mellomrom (kurs, seminar, fagdag etc).

Svært uenig ____ Uenig ____ Verken uenig eller enig ____ Enig ____ Svært enig ____

20. Hva synes du den faglige veiledningen skulle ha inneholdt for at du skulle hatt større utbytte enn du har hatt til nå?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

21. Hva mener du skal til for at brukeren får et tilstrekkelig tilbud i denne boligen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Appendiks 3 – Informasjonsskriv

Informasjonsskriv om studien:

"Brukeren må vinne på samhandlingsreformen".

Dette er et spørsmål til deg om å være med i en studie blant ansatte for å undersøke hvordan spesialisthelsetjeneste gjennom kompetanseoverføring kan sørge for god overføring av brukere mellom tjenestelinjene.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge hvordan ansatte i førstelinjetjenesten opplever det tilbudet de mottar av faglig veiledning fra spesialisthelsetjeneste, samt hva som skal til for å heve kompetansen blant de ansatte. Studien gjennomføres i forbindelse med en mastergradsoppgave innenfor psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst- Norge. Høgskolen i Sørøst-Norge er databehandlingsansvarlig og dekan Heidi Kapstad har det overordnede prosjektansvaret. Prosjektleder og hovedveileder er forsker Linn Gjersing fra Folkehelseinstituttet.

Spørreundersøkelsen tar maksimum 5 minutter å fylle ut. Ved å returnere spørreskjemaet ansees det som samtykke til å delta i undersøkelsen og at dette informasjonsskrivet er lest. Svarene i spørreskjemaet vil behandles konfidensielt og besvarelser fra enkeltpersoner eller hver enkelt arbeidsplass vil ikke kunne gjenkjennes i presentasjoner og publikasjoner.

Dersom du har spørsmål til studien eller om utfylling av spørreskjema kontakt masterstudent Abrar Yar Khan på tlf 952 85 735 eller abrar_khan2@hotmail.com. Ferdig utfylt spørreskjema gis til undertegnende, evt kan det legges i en ferdig frankert konvolutt og sendes til Døgnerhet 1 ved Abrar Yar Khan, Verkensveien 19, 1385 Asker, så raskt som mulig.

På forhånd takk - dette er av stor betydning for vårt videre arbeid i spesialisthelsetjeneste for å utbedre tilbudet til førstelinjetjenesten.

Med vennlig hilsen

Abrar Yar Khan

Psykiatrisk sykepleier ved Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemning/autisme

Master student i psykisk helsearbeid ved Høgskolen Sørøst-Norge