



MASTEROPPGAVE

Misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse

Hvordan opplever sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter med psykiske lidelser og behov for palliativ omsorg etter at Samhandlingsreformen ble innført?

FORFATTERE : SIV ANITA BYE OG BENTE MARTINSEN

Dato: 11.12.2012

Sammendrag

Tittel:	Misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse. Hvordan opplever sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter etter at Samhandlingsreformen ble innført?	Dato :	11.12.12
Deltakere	Siv Anita Bye og Bente Martinsen		
Veileder:	Solveig Struksnes		
Evt. oppdragsgiver:	Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Samhandlingsreformen, samhandling, hjemmesykepleie, utskrivingsklar, psykisk helse, palliativ, implementering		
Antall sider/ord: 49/16229	Antall vedlegg: 6	Publiseringsavtale inngått: Ja	
<p>Introduksjon: Samhandlingsreformen ble innført 01. januar 2012. En av intensjonene er at pasientene skal få bedre behandling der de bor, og det skal lønne seg for sykehus og kommune å samarbeide. Det forventes at Samhandlingsreformen vil føre til forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Tidligere utskrivelser av dårligere pasienter til hjemmet er en av utfordringene.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av Samhandlingsreformen 01. januar 2012.</p> <p>Metode: Det ble benyttet et kvalitativt, beskrivende design. 15 deltagerne ble rekruttert fra to kommuner. Datainnsamlingen ble gjennomført ved individuelle, semistrukturerte intervjuer. I dataanalysen ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Sykepleierens opplevelser beskrives gjennom tre hovedkategorier; ”Dokumentasjon om samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten”, ”Egen og andres kompetanse som nødvendig støtte” og Ytre krav og indre forventninger til endring. Funnene sammenfattes i det latente temaet ” Misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse”. Den første kategorien beskriver sykepleierens opplevelser av egne og andres forventninger i forbindelse med at Samhandlingsreformen ble innført. Den andre kategorien beskriver sykepleierens opplevelser i forhold til kommunikasjonen med sykehuset som vanskelig og mangelfull. Den tredje og siste kategorien beskriver at sykepleierne i hjemmebasert omsorg opplever mindre innflytelse og varierende tilgang til spesialkompetanse.</p> <p>Konklusjon: Resultatene fra studien viste at ansvaret mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke er ordentlig avklart, og at ansvaret for dårligere pasienter er krevende for sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Satsing på å styrke kompetanse i hjemmebasert omsorg er derfor nødvendig.</p>			

Abstract

Title:	Disparity between responsibility, expertise and influence. How do nurses in home based care experience caring for patients in need of psychiatric and palliative care after implementation of the national interaction reform?	Date :11.12.12
Participants/	Siv Anita Bye and Bente Martinsen	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:	Master's thesis, Gjøvik University College	
Keywords (3-5)	interaction, homecare, homebased care, discharge, palliative, mental health, implementation	
Number of pages/words: 49/16229	Number of appendix: 6	Availability (open/confidential): open
<p>Introduction: The Interaction Reform in Norway was implemented 01. January 2012. One of the intentions of this health reform is to offer patients better treatment in their own home, within home based care in the local community.</p> <p>Aim: The purpose of this study was to describe nurses`experiences related to work in home care after the introduction of Interaction Reform January 1, 2012.</p> <p>Method: The study used a qualitative design with individual interviews. 15 informants from two different units within home based care participated. Data collection was conducted with individual, semi-structured interviews. Data analysis was conducted with qualitative content analysis.</p> <p>Findings: Nurses`experiences are described through three main categories; “evidence about the interaction is more important than the interaction of the patient”, “ their own and others competence necessary support” and “external requirements and internal expectations to change”,. The findings ended up in the following topics: disparity in responsibilities, expertise and influence. The first category describes nurses`experiences of their own and others`expectations in the context of Interaction Reform was introduced. The second category describes nurses`experiences in communication with the hospital as difficult and inadequate. The third and last category describes the nurses in home care experience less influence and varying access to specialist. Previously imposed poorer patients require more monitoring.</p> <p>Conclusion: Results from the study showed that responsibility between specialist and community health services are not properly resolved. Changes in the wake of Interaction Reform leading to new challenges for nurses in community health care. The need for development of nurse competence is obvious.</p>		

Forord

Denne studien er blitt til gjennom et givende og spennende samarbeid mellom to sykepleiere med spesialisering innenfor henholdsvis kreftsykepleie og psykiatri. Med arbeidssted i sykehus har det vært lærerikt for begge å bli kjent med hverdagen til sykepleierne i hjemmebasert omsorg.

Takk til våre informanter som har tatt seg tid til å stille opp!

Takk til vår veileder Solveig Struksnes for innspill og for å veilede oss på riktig spor!

Takk til vår familie for tålmodighet, støtte og oppmuntring!

Takk til bibliotekjentesten Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Gjøvik for hjelp til litteratur og oppklaringer underveis!

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt og lærerikt samarbeid. Det har vært spennende å dra nytte av og sette seg inn i hverandres fagfelt, noe som vi tar med oss på vår vei videre.

Siv Anita og Bente

*Den største gaven
jeg kan tenke meg å få
fra mennesker
er at de
ser meg
hører meg
forstår meg
og
tar på meg.*

*Den største gaven
jeg kan gi
er at jeg
ser, hører, forstår
og
tar på et annet menneske.*

*Når dette har skjedd
føler jeg
vi har skapt kontakt.*

Virginia Satir

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
Abstract	
Forord	
1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 Spesialisthelsetjenestens vurderinger av utskrivingsklar pasient.....	8
1.3 Relevante lovreguleringer innenfor kommunehelsetjenesten	9
1.4 Endringer i sykepleierrollen etter Samhandlingsreformen.....	10
1.6 Endringer og overganger for helsearbeidere og pasienter	12
1.7 Utsatte pasientgrupper	13
1.7.1 Pasienter med behov for palliativ omsorg	13
1.7.2 Omsorg for pasienter med psykisk lidelse.....	14
2.0 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	16
3.0 DESIGN OG METODE.....	17
3.1 Studiens design	17
3.1.1 Forforståelse og eget ståsted.....	18
3.2 Utvalget	19
3.3 Kvalitative forskningsintervjuer.....	21
3.3.1 Intervjuguiden.....	21
3.3.2 Planlegging og gjennomføring av intervjuene.....	22
3.4 Dataanalyse.....	22
3.5 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet	25
3.6 Forskningsetiske overveielser.....	26
4.0 FUNN.....	28
4.1 Dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten	28
4.1.1 Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt	29
4.1.2 Pasientenes forventninger til hva kommunen kan tilby.....	30
4.1.3 Mange skjemaer og mye dokumentasjon	31
4.2 Egen og andres kompetanse som nødvendig støtte	32
4.2.1 Mindre innflytelse	32
4.2.2 Varierende tilgang til spesialkompetanse	33
4.2.3 Å følge opp dårligere pasienter	34
4.3 Ytre krav og indre forventninger til endringer	35
4.3.1 Mer ansvar og flere oppgaver.....	35
4.3.2 Dårligere tid til å planlegge hjemkomst	36
4.3.3 Å være i en endringsprosess	37
4.4 Misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse	38

5.0 DISKUSJON AV FUNN	40
5.1 Opplevelse av dokumentasjonskrav og dokumentasjon om pasienten	40
5.2 Opplevelse av egen og andres kompetanse som nødvendig støtte.....	44
5.3 Opplevelse av ytre krav og indre forventninger til endringer	47
5.4 Overgangsprosesser med misforhold mellom ansvar, kompetanse og innflytelse.....	52
5.5 Metodediskusjon	53
6.0 KONKLUSJON	56
Referanser.....	57
Vedlegg 1 Forespørsel til avdelingsledere	
Vedlegg 2 Informasjon til informanter	
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring	
Vedlegg 4 Intervjuguide	
Vedlegg 5 Individuelt notat Bente Martinsen	
Vedlegg 6. Individuelt notat Siv Anita Bye	

1.0 INTRODUKSJON

Dette kapitlet handler først om Samhandlingsreformens intensjoner, rammer og forventede konsekvenser. Kriteriene for å være utskrivningsklar pasient i henhold til reformens beskrivelser skisseres, og reguleringer av spesialist- og kommunehelsetjenesten presenteres. Videre beskrives mulige og forventede endringer i sykepleieres rolle og funksjon i kjølvannet av Samhandlingsreformen.

Kapitlet omhandler også relevant kunnskapsgrunnlag for å forstå endringsprosesser som settes i gang ved implementering av nye forordninger eller reformer. Siden pasienter med behov for palliativ omsorg og omsorg for pasienter med psykiske lidelser får spesiell oppmerksomhet i den aktuelle studien, skisseres sentrale elementer ved disse pasientgruppene sykdoms- og behandlingsforløp.

Lange ventetider, pasientkøer, milliardsprekke i sykehusøkonomien, mangelfull rehabilitering og for lite ressurser til forebygging har gjort at man måtte se på andre måter å løse problemene i Helse-Norge på. Samhandlingsreformen er regjeringens svar knyttet til helse- og omsorgstjenestenes fremtidige utfordringer. Manglende kontakt mellom sykehus og kommune er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre, i følge St.meld.nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Reformen ble presentert 22. juni 2009, og det ble besluttet at den skulle innføres fra 1. januar 2012. Det vil være en gradvis innføring av reformen fram til 2016 (ibid).

De politiske føringene i reformen handler om at pasientene skal få bedre behandling der de bor, og at det skal være lønnsomt å forebygge sykdom i forkant. Det skal satses på å unngå at mennesker blir syke, og at man skal sørge for at det lønner seg for sykehus og kommune og samarbeide. ”Samhandling” er definert som helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omfordelt mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 St. meld. nr. 47). Overordnet målsetning for Samhandlingsreformen er å fremme helse og forebygge sykdom, å behandle tidligere og å samhandle bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 St. meld. nr. 47). Man skal redusere det totale presset på helsetjenestene ved økt satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid i kommunene. En konsekvens av reformen skal derfor bli at tilbudet i

kommunene vil bli bredere, og oppfølging av personer med kroniske lidelser vil bli bedre. Totalt får kommunene mye større innflytelse over de samlede helsetjenestene og virkemidler som er nødvendige for å utvikle de kommunale tjenestene.

I forbindelse med realisering av reformen har mange vært spesielt opptatt av samhandlingen mellom tjenestenivåene, som spesialisthelsetjenesten og kommunenes pleie- og omsorgstjenester. En konsekvens av reformen er at ulike oppgaver knyttet til behandling og rehabilitering omfordes, for å kunne behandle flere på en mer effektiv måte. Et konkret eksempel på en slik omfordeling er at kommunene overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Kommunene og sykehusene skal inngå samarbeidsavtaler, og reformen pålegger kommunene ansvar for å betale en del av regningen for pasientbehandlingen, kalt ”medfinansiering” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 St.meld. nr. 47). Dette krever at kommunene har tilbud til disse pasientene. Fagpersoner med en nødvendig kompetanse vil derfor spille en spesielt viktig rolle framover (Gammersvik og Larsen 2012).

I tillegg til at kommunene skal yte større del av helse- og omsorgstjenestene, stilles det krav til at disse tjenestene skal være helhetlige og koordinerte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 St.meld. nr. 47). Målet er at pasienter og brukere skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet, og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp. Helsetjenesten skal ivareta god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte tjenestene. Utskrivningsprosessen blir derfor en viktig del av samordningen, og St.meld. nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) fremhever at dette er spesielt viktig for pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og kreftpasienter.

1.1 Spesialisthelsetjenestens vurderinger av utskrivningsklar pasient

Når en pasient legges inn på sykehus er det helsepersonellet på sykehuset som skal gjøre en vurdering om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivelse. Vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar er når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. I følge Forskrift om kommunal medfinansiering av

spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter skal vurderingene være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Samme forskrift viser til at en pasient er utskrivningsklar når problemstillingene ved innleggelse skal være avklart av lege som tar i mot pasienten (ibid). Hvis det har fremkommet andre problemstillinger skal disse være avklart. Det skal redegjøres for uavklarte spørsmål og det skal foreligge et standpunkt i forhold til diagnose og videre plan for oppfølging. Funksjonsnivå og forventet utvikling av pasienten skal være vurdert (ibid).

For å imøtekomme kravene i Samhandlingsreformen er en effektiv og god kommunikasjon mellom sykehus og kommune nødvendig ved planlegging av utskrivelse av pasient (Shepperd et al. 2010). Når en pasient er meldt fra sykehuset som utskrivningsklar, er det kommunen som plikter å dekke utgiftene, så lenge pasienten må oppholde seg i institusjonen i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Ved utskrivning av krevende pasientgrupper må det avtales utskrivning i god tid, slik at kommunen har mulighet til å etablere et tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 St.meld. nr.47).

1.3 Relevante lovreguleringer innenfor kommunehelsetjenesten

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) og Lov om folkehelsearbeid (ibid) trådte i kraft på samme tidspunkt som Samhandlingsreformen, 01. januar 2012. Helse- og omsorgstjenesteloven erstatter Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Kommunenes plikter reguleres i Helse- og omsorgstjenesteloven, mens ulike rettigheter reguleres i Pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonells yrkesutøvelse reguleres i Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes for øvrig ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter (Kommunenes sentralforbund 2012), som tidligere beskrevet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester (§

3.1). Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Kommunehelsetjenesten ”skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov” (NOU 2005: 3, s.28). Kommunene står imidlertid fritt til å velge organisatoriske løsninger for å ivareta sitt ansvar for å yte helse- og sosial tjenester (NOU 2005:3). Gjennom Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) vil kommunene få et mer helhetlig ansvar for innbyggernes helse. Kommunen skal ved ytelse av helse – og omsorgstjenester fremme helse, og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Kommunal medfinansiering vil si at kommunene skal bidra og betale for innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Hensikten er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggerne sine, og bygge opp gode lokale tilbud og arbeide på tvers av sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom (Kommunes sentralforbund 2012).

De ulike tjenestenivåenes ansvarsområder forskyves ved implementering av Samhandlingsreformen, og dette vil kunne medføre endringer av sykepleierollen og sykepleiernes funksjonsområder der de er ansatt på kort sikt. Flytting av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og økt satsing på helsefremmede arbeid kan også få konsekvenser for sykepleierens rolle i fremtiden (Larsen og Gammersvik 2012).

1.4 Endringer i sykepleierrollen etter Samhandlingsreformen

Som konsekvens av innføring av Samhandlingsreformen har det blitt endringer i den kliniske hverdagen for sykepleiere, både i hjemmebasert omsorg og spesialisthelsetjenesten. I rammeplan for sykepleieutdanning står det at formålet med sykepleieutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjonene (Synnes og Thoresen 2011).

Samhandlingsreformen medfører spesielt nye og utfordrende oppgaver for sykepleiere i kommunehelsetjenesten, med tidligere ansvar for medisinsk ferdigbehandlede pasienter. Dette vil medføre økte krav til pleie, omsorg og medisinsk-faglig ansvar for kronisk syke

og eldre med sammensatte lidelser. Behovet for kompetanse knyttet til mer spesialiserte helsetjenester blir også forsterket i forbindelse med reformen. Et eksempel er at sykepleiere i fremtiden vil ha behov for kompetanse som gjør dem i stand til å ta seg av akutt og kritisk syke ute i kommunene (Synnes og Thoresen 2011). Sykepleie omfatter også tiltak for å fremme og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i vår befolkning. Den helsefremmede og forebyggende kompetansen hos sykepleiere har i dag hovedsakelig vært rettet mot barn og unge, men vil i fremtiden rettes mot hele aldersspennet i befolkningen i en kommune.

Alle disse nye kravene til helsepersonellens kompetanse vil på sikt også kreve endringer i utdanningene, mener Gammersvik og Larsen (2012).

1.5 Pasientens hjem som arbeidsarena

Befolkningen skal sikres lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Dette er en pasient- og brukerrettighet overfor helse- og omsorgstjenestene som er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 1.1 (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Hjemmebasert omsorg skal utføres av profesjonelle helsearbeidere, til pasient og pårørende i deres eget hjem. Fokuset er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Denne delen av helsetjenesten skal dekke oppgaver knyttet til både forebygging, helsefremmende tiltak, rehabilitering og terminal pleie (Birkeland og Flovik 2011). Tjenesten dekker et vidt spekter av tiltak over et stort geografisk område, og har en døgnkontinuerlig vaktordning (Fjørtoft 2006). For pasienter med behov for palliativ omsorg og pasienter med psykisk lidelse skal hjemmebasert omsorg skaffe pasient og pårørende de pleie- og omsorgstjenester det til enhver tid er behov for, og man skal koordinere tjenestene rundt pasienten (Kaasa 2007).

Det spesielle med å arbeide i pasientens hjem er at sykepleien utføres der, noe som kan skape utfordringer både for den som skal ta i mot og den som skal yte hjelp. Dette skyldes at man beveger seg mellom det private og det offentlige, i følge Fjørtoft (2006). Å arbeide i hjemmet medfører at man ikke har annen fagkompetanse å støtte seg til og det er mindre medisinsk utstyr og hjelpemidler tilgjengelig (ibid). For å oppfylle intensjonene i Samhandlingsreformen vil kapasiteten, kompetansen og bemanningssituasjonen i hjemmebasert omsorg være av avgjørende betydning (Birkeland og Flovik 2011).

1.6 Endringer og overganger for helsearbeidere og pasienter

Reformer og lover som skal implementeres i aktuelle organisasjoner innebærer endringsprosesser hos involverte aktører. Å implementere Samhandlingsreformen i alle ledd av tjenestenivåene i helsetjenesten medfører endringer for og i både pasienter, pårørende og involvert helsepersonell.

Implementering handler om å iverksette eller gjennomføre planer og beslutninger i praksis. Man har strategier for å integrere evidensbaserte intervensjoner og endre praksis, og hvordan få tiltak til å virke (Grol, Wensing og Eccles 2005). I denne sammenhengen dreier det seg om å omsette Samhandlingsreformen til praksis. Blir implementeringen mislykket kan det skyldes at tiltaket ikke er så virksomt som forventet, eller at intervensjonene gir dårligere resultat enn forventet (Kunnskapssenteret 2012). For å få en vellykket introduksjon av nye prosedyrer og forandringer i praksis, kreves det en god planlegging av implementeringen. Når, hvor, hvordan og av hvem er av stor betydning for en vellykket introduksjon av endringene, hevder Grol, Wensing og Eccles (2005).

Implementering kan også beskrives som en overgangsfase, som er knyttet til endringer og utvikling. Oversatt til engelsk betyr overgang "transition", som vil si en forandring og bevegelse fra en tilstand til en annen. Meleis (2010) beskriver fire overgangsfaser. Det er de utviklingsmessige overgangene, forandring i helse og sykdom, situasjonelle overganger og organisatoriske overganger. Situasjonelle overganger beskrives som forflytning fra et sted til et annet hvor også utdanning og immigrasjon hører til under. Organisatoriske overganger handler om profesjonelle overganger. Situasjonelle og organisatoriske overganger er overgangsfaser som denne studien er rettet mot. Meleis (2010) beskriver 'transition' som et sentralt begrep i sykepleien, da sykepleiere ofte er involvert at pasient og pårørende gjennomgår en overgangsfase. Meleis (2010) skriver videre at overgangene kan komme enkeltvis eller inntre som flere overganger samtidig. Overgangene kan være relaterte til hverandre eller ikke, og inntre som sekvenser eller simultant.

Som tidligere beskrevet omfatter Samhandlingsreformen endringer både for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell.

1.7 Utsatte pasientgrupper

Relevant bakgrunnskunnskap om kreftpasienter og pasienter med psykiske lidelser er av betydning for å forstå hvordan konsekvensene av Samhandlingsreformen kan oppleves.

1.7.1 Pasienter med behov for palliativ omsorg

European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2012) som ...”aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid” (s. 18). Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Standard for palliasjon 2004).

Grunnleggende palliasjon skal ivareta kartlegging av symptomer og plager, generell symptomlindring, informasjon, pårørende, terminal pleie, sorgarbeid, oppfølging av etterlatte og dokumentasjon og kommunikasjon mellom de involverte partene (Kaasa 2007). Pasienter i palliativ fase kan ha raske og hyppige endringer i sykdomsbildet som varierer over tid og som endres raskt. Det kan også oppstå akutte komplikasjoner som krever rask vurdering og behandling. Den palliative fasen kjennetegnes videre ved komplekse symptombilder med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle forhold som skyldes pasientens aktuelle sykdom og situasjon (ibid).

Kaasa (2007) påpeker at pasienter med behov for palliativ omsorg vil ha et økende hjelpe og pleiebehov på grunn av at den fysiske funksjonen blir dårligere. I NOU - rapporten om ”Livshjelp: behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende”, viser Sosial- og helsedepartementet (1999) til anbefalinger for organisering av palliasjon på alle nivåer i helsetjenesten. Prinsippene for grunnleggende palliasjon gjelder alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende pasienter uansett fagområde, behandlings og omsorgsnivå (ibid).

For å kunne gi god palliativ behandling og pleie i pasientens hjem bør det være etablert et faglig forsvarlig tilbud hvor en nødvendig forutsetning er at personalet har den kompetanse som kreves og at bemanningen er tilstrekkelig (Kaasa 2007). Hjemmebasert omsorg skal bistå med den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet (NOU 1997:20). Ansvaret for hjemmebasert omsorg vil ligge hos den kommunale pleie og omsorgstjenesten herunder hjemmesykepleien og fastlegen. Hjemmesykepleien og fastlegen samarbeider med palliativt team ved spesialisthelsetjenesten, når dette er nødvendig for å gi god behandling, pleie og omsorg. Det vil også være nødvendig og samarbeide med sykehjem og palliativ enhet på sykehjem etter behov (ibid).

1.7.2 Omsorg for pasienter med psykisk lidelse

I følge Stortingsmelding nr 25 (1996-97) ble det konstatert at det var flere mangler ved behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Det som ble nevnt var blant annet for få tilbud i kommunene, for dårlig planlagte utskrivelser og for dårlig oppfølging. Stortingsmeldingen ble fulgt opp av regjeringen med en handlingsplan.

Opptrappingsplanen for psykisk helse som var gjeldende fra 1999 til 2008 og St. meld. nr. 25 (1996-97) foreslo konkrete tiltak. Målet var å forbedre kvaliteten og kvantiteten på tjenestene, sikre en helhetlig planlegging og bedre samspillet mellom kommuner og fylkeskommuner der pasientens behov skal stå i fokus (ibid).

Pasienter med psykiske lidelser tilhører en gruppe mennesker som ofte trenger tjenester fra forskjellige tjenesteytere fra ulike nivåer og gjerne samtidig. Mennesker med langvarige psykiske lidelser vil oppleve å være avhengig av hjelp gjennom store deler av livet (Borge 2010 s. 44). Viktige forbedringsområder er forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud St.meld. nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Hensikten med tidlig intervensjon er å hindre utvikling av psykiske lidelser tidlig i livet, eller i et tidlig forløp av lidelsen. Det er behov for å ha økt fokus på å forebygge psykiske lidelser. Forebyggende i denne sammenhengen vil si å fjerne, hindre eller minske faktorer som kan føre til at en person blir syk (ibid). Forebygging kan være individrettet, rettet mot grupper eller foregå på samfunnsnivå (ibid). Lavterskeltilbud bør ligge på kommunalt nivå,

da dette er en relativt lite ressurskrevende. I følge St. meld. nr. 47 er lavterskel tilbud noe som bør prioriteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Voksne med psykiske lidelser er en pasientgruppe som krever store ressurser. Noe av grunnen er at mange av lidelsene er langvarige, og pasientene vil ha behov for omsorg i lang tid. Det er allikevel store forskjeller mellom de forskjellige lidelsene i forhold til hvilke tjenester pasientene trenger, både når det gjelder omfang og varighet av behov for behandling St. meld. nr. 25 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996-97). Det vil være behov for personell som er godt utdannet for at pasienter med psykiske lidelser skal få tilfredsstillende tjenester. Det stilles spørsmål om utdanningene i dag gir riktig kunnskap, ferdigheter og holdninger slik at personellet er klare til å møte pasientenes behov (ibid).

2.0 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Kunnskapsgrunnlaget og utfordringene som er presentert i foregående avsnitt, skapte interessen for å undersøke hvordan sykepleiere opplever sin kliniske hverdag i forbindelse med reform- eller endringsprosesser. Hensikten med denne studien ble følgelig å beskrive sykepleieres opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av Samhandlingsreformen 01. januar 2012.

Siden forfatterne har sine spesialiseringer innenfor kreftsykepleie og psykiatrisk sykepleie, vies det mest oppmerksomhet mot sykepleiernes erfaringer med disse to pasientgruppene. Pasienter med behov for palliativ omsorg i livets slutfase og pasienter med psykiske lidelser beskrives også som spesielt sårbare med tanke på samhandling mellom ulike tjenestenivåer i helsetjenesten. Problemstillingen ble følgelig:

Hvordan opplever sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter med psykiske lidelser og pasienter med behov for palliativ omsorg etter at Samhandlingsreformen ble innført?

3.0 DESIGN OG METODE

I denne studien var hensikten å beskrive sykepleierens opplevelser knyttet til å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter etter at Samhandlingsreformen ble innført. Følgende avsnitt vil inneholde en beskrivelse av studiens design, metode, forforståelse og eget ståsted.

Gjennomføring av datainnsamling og analyseprosessen vil forklares detaljert. Vurderinger knyttet til å fremme studiens troverdighet og forskningsetiske overveielser blir også presentert under dette kapittelet.

3.1 Studiens design

Det er valgt å bruke et kvalitativt, beskrivende design. Metoden er hensiktsmessig for å få tak i informantenes opplevelser. Kvalitativt design fokuserer på den subjektive opplevelsen, og tar sikte på å beskrive eller forstå et fenomen innenfor rammen av der det skjer (Whittemore og Melkus 2008). Ved å bruke en kvalitativ tilnærming er målet og nå en felles forståelse av et bestemt fenomen (Speziale og Carpenter 2007). Malterud (2008) skriver at en kvalitativ metode bygger på teorier der menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) kommer til uttrykk. Ved denne tilnærmingen søker man å undersøke menneskers erfaringer i deres livsverden. Deretter blir individenes meninger og erfaringer tolket (Polit og Beck 2008). I denne studien er det valgt å bruke en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

Det som kjennetegner fenomenologien er at man skal beskrive et fenomen med så rene beskrivelser som mulig uten forvrengninger. Man skal få fram det som har betydning for fenomenet og utelukke det uvesentlige (ibid). Fenomenologi et begrep som ”peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter” (Kvale og Brinkmann 2009, s.45). Polit og Beck (2008) beskriver fenomenologi som det levde menneskets livserfaring. Fenomenologi fokuserer på menneskers livsverden og derunder deres beskrivelser av menneskers erfaringer. Livsverden sier noe om kunnskapen som er et nødvendig utgangspunkt for all forståelse (Kvale 2009). Lindseth og Norberg (2004) skriver at gjennom å studere

erfaringene mennesker har med et fenomen, er det et ønske å få fram meningsbærende essenser ut fra fenomenet.

En hermeneutisk tilnærming er læren om fortolkning av tekster (Kvale og Brinkmann 2009). Den fokuserer på de erfaringene menneskene har og hvordan de tolker disse erfaringene (Polit og Beck 2008). Lindseth og Norberg (2004) skriver at hermeneutikk er å lære om tekstfortolkning og bearbeidelse av denne. Dette er en viktig forskningsprosess i kvalitative studier (ibid). Fortolkningsprosessen er en veksling mellom forståelsen av teksten som en helhet og forståelse av deler av en tekst. Fortolkningsprosessen kalles en hermeneutisk spiral og spiralen fortsetter til man har en forståelse av teksten som en konsistent og sammenhengende tekst (ibid).

Design- og planleggingsfasen av forskning er en viktig intellektuell prosess. De metodologiske beslutninger som forskeren gjør i denne fasen har implikasjoner for den generelle kvaliteten på studien, og generaliserbarhet av resultater. Kvalitative design fokuserer på den subjektive opplevelsen og tar sikte på å beskrive eller forstå et fenomen innenfor rammen av der det skjer. Ulike metodiske tradisjoner er antatt avhengig av den spesifikke problemstilling (Polit og Beck 2008). Kvalitativ metode brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer og opplevelser (Nortvedt et al. 2008).

Utvalget i kvalitative design er vanligvis lite, og innsamlingen av data foregår gjennom intervjuer eller feltobservasjoner (Polit og Beck 2008).

3.1.1 Forforståelse og eget ståsted

Forfatterens bakgrunn er grunnutdanning i sykepleie med videreutdanning i henholdsvis kreftsykepleie og psykiatrisk sykepleie. Arbeidserfaring, teoretisk kunnskap og hypoteser er noe man har med seg i forskerrollen. Disse faktorene har også vært noe av motivasjonen for å gå i gang med denne studien. Med lang tids erfaring fra å jobbe på sykehus har man med seg sin forforståelse. Nye rutiner og erfaringer med skjemaer vedrørende samhandlingsreformen er kjent for sykepleier med videreutdanning innen kreftsykepleie. Innenfor psykisk helsevern er ikke samhandlingsreformen blitt implementert på samme måte som i somatikken. Skjemaene som blir brukt ved utveksling av informasjon om pasienten er derfor ukjent i psykiatrien.

Forfatterne i denne studien har derfor et ulikt utgangspunkt i forhold til sin forforståelse når det gjelder samhandlingsreformen på dette området. I forhold til sitt faglige ståsted og sin spesialisering har man på forhånd gjort seg sine antagelser i forhold til blant annet pasientgruppene man representerer.

Når man er klar over sin forforståelse er det lettere å frigjøre seg fra sin egen forforståelse og erfaringer (Malterud 2008). Vår forforståelse er forsøkt lagt til side når arbeidet med studien startet. Å være bevisst sin forforståelse kan imidlertid åpne muligheter for en ny forforståelse, i følge Gadamer (1989).

3.2 Utvalget

Dette avsnittet omfatter beskrivelser av studiens kontekst, utvalget av informanter, kriterier for utvalget, og rekruttering av informanter.

Konteksten for den aktuelle studien er hjemmebasert omsorg til pasienter med behov for palliativ omsorg og pasienter med psykiske lidelser. Kontekstbegrepets etymologiske og semantiske betydning refererer til kontekst som sammenheng og kontekst som innramning i miljø og omgivelser (Lindstrøm og Lindholm 2003). I den aktuelle studien befinner informantene seg i en kontekst hvor de har ansvar for pasienter som får hjelp og oppfølging i eget hjem etter utskrivelse fra sykehus.

Hensikten med studien var avgjørende for hvordan informantene ble valgt ut. Sykepleiere i ovennevnte kontekst var ønsket som informanter. Det ble gjort et strategisk utvalg som gir et stort mangfold og variasjon i oppfatninger (Polit og Beck 2008). Et strategisk utvalg tar sikte på en utvelgelse av informanter som til sammen kan gi en bredere og dypere forståelse av det studiens problemstilling handler om. Det strategiske utvalget i den aktuelle studien ble 15 sykepleiere i hjemmebasert omsorg, med variasjon i alder og arbeidserfaring. Det var tilfeldig hvordan forfatterne fordelte informantene mellom seg.

De to utvalgte kommunene var like med hensyn til at det var likt antall informanter fra hver kommune. Det var variasjon i alder blant informantene i begge kommuner. Det var dessverre ingen informanter med videreutdanning i kreftsykepleie og psykiatrisk sykepleie

i noen av kommunene, noe som hadde vært ønskelig. Det var imidlertid informanter med videreutdanning innen palliasjon, geriatri, aldersdemens og aldring og eldreomsorg.

I den ene kommunene var det en mannlig informant. Den yngste informanten var 26 år og den eldste var 58 år. Arbeidserfaringen innenfor hjemmebasert omsorg varierte fra 1 år til 22 år. Utvalget viste en stor variasjon i alder og arbeidserfaring.

Ulikhetene var størrelsene på de to utvalgte kommunene. På grunn av at sykepleierne er delt inn i ulike arbeidslag så hadde de varierende arbeidsoppgaver og arbeidspress i forhold til pasientgruppene de representerer.

Inklusjonskriteriene for utvalget var at informantene skulle være sykepleiere og norsktalende. Det var ønskelig at de hadde arbeidet som sykepleiere i hjemmebasert omsorg i minimum fire år. Det var også ønskelig med noen sykepleiere med spesialutdanning innen kreft og psykiatri blant utvalget, og en tilnærmet lik fordeling av disse.

Eksklusjonskriterier var sykepleiere som ikke snakker norsk og som ikke hadde arbeidserfaring i hjemmebasert omsorg i mindre enn fire år. Kriteriene som ble satt var for å få et rikt og variert materiale. Et tilfeldig utvalg kan gå ut over gyldigheten ved en kvalitativ studie (Malterud 2008).

Rekruttering av informanter til intervjuene startet med at det ble utformet et informasjonsbrev til distriktsleder og virksomhetsleder i de to utvalgte kommunene for å få tillatelse til å gjennomføre studien. Man var også i kontakt med distriktsleder og virksomhetsleder via telefon i forkant for å informere om studien. Informasjon om studien ble gitt muntlig og skriftlig til disse (Vedlegg 1). Det ble utformet et informasjonsbrev med samtykkeerklæring til informantene. Informantene fikk der skriftlig informasjon om studien og hvor man skulle undertegne skriftlig informert samtykke (Vedlegg 2 og 3).

Distriktsleder og virksomhetsleder henvendte seg til sonelederne i de to kommunene hvor de informerte om studien. Sonelederne informerte og delte ut informasjonsbrev og samtykkeerklæring til aktuelle ansatte. Ansatte som var villige til å delta undertegnet samtykkeerklæring og returnerte dette via post. Informantene ble kontaktet via telefon hvor forfatterne presenterte seg og hensikten med studien ble beskrevet.

Utvalget ble 15 sykepleiere totalt. Ett intervju ble imidlertid forkastet, da informanten ikke hadde hatt direkte pasientkontakt etter innføring av samhandlingsreformen.

3.3 Kvalitative forskningsintervjuer

Dette avsnittet handler om utvikling av intervjuguiden og planlegging og gjennomføring av intervjuene.

3.3.1 Intervjuguiden

Det kvalitative forskningsintervju tar sikte på å forstå opplevelsene til personene som blir intervjuet. Målet er å få frem betydningen av deres erfaringer og avdekke deres opplevelser av situasjonen. Et forskningsintervju har til hensikt å finne kunnskap. I en kvalitativ intervjuform oppfordrer intervjueren informantene til å fortelle sine historier rundt temaet som ønskes belyst (Kvale og Brinkmann 2009). Det ble benyttet et semi-strukturert, individuelt intervju til datainnsamling i denne studien. Dette ligger nær opptil en samtale i dagliglivet, men intervjuet har en hensikt (ibid). Et semi-strukturert intervju utføres med utgangspunkt i en intervjuguide. Det er ikke en åpen samtale, men heller ikke en lukket samtale ut fra et spørreskjema (ibid). En intervjuguide skal strukturere intervjuforløpet og den skal inneholde temaer som skal dekkes eller være en detaljert rekkefølge av formulerte spørsmål. Det semi-strukturerte intervjuet som i denne studie vil intervjuguiden inneholde en oversikt over emner som dekkes (ibid).

Intervjuguiden (Vedlegg 4) ble utviklet ved at det ble laget spørsmål med utgangspunkt i problemstillingen. Det ble valgt å ikke bruke en helt åpen form, fordi en ønsket å få sykepleierens opplevelser rundt ulike forhåndsbestemte temaer. Et semi-strukturert livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstå personens egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjuguiden startet med et innledende hovedspørsmål, eller innledningsspørsmålet avledet av problemstillingen:

Hvordan opplever du å arbeide i hjemmebasert omsorg med ansvaret for nylig utskrevne pasienter i palliativ fase og pasienter med psykiske lidelser?

Oppfølgingsspørsmål av relevans for den overordnede hensikten med studien var notert som en hjelp underveis i intervjuene. Intervjueren hjalp av og til informantene til å

klargjøre og utvikle historiene med disse oppfølgende spørsmålene. Eksempelvis: Kan du fortelle litt mer om det? Hvordan tenker du nå? Er det alltid slik?

3.3.2 Planlegging og gjennomføring av intervjuene

Det ble avtalt tid og møtested for intervjuene via telefon. Det var informantene som bestemte tid og sted og alle intervjuene foregikk på vedkommendes arbeidsplass, i uforstyrrede omgivelser. Det ble lagt vekt på en trygg og hyggelig ramme rundt intervjusituasjonen. Forfatterne delte seg imellom å være intervjuer og observatør med et likt antall på hver.

Alle intervjuene startet med en presentasjon av hensikten med studien. Eventuelle avklaringer ble gjort før intervjuet startet. Demografiske data som kjønn, alder, arbeidserfaring og eventuell videreutdanning ble nedskrevet før intervjuene startet.

Intervjuene ble tatt opp med digital diktafon. Flere informanter følte seg ukomfortable med diktafonen, og så på denne som et forstyrrende element. Dette var imidlertid bare i begynnelsen av intervjuet, og ble fort glemt.

Lengden på intervjuene varierte, men gjennomsnittlig var varigheten av intervjuet 40 minutter. Det ble gjennomført et pilotintervju før datainnsamlingen begynte for å prøve ut intervjuguiden og seg selv som intervjuer (Kvale og Brinkmann 2009). Et pilotintervju blir beskrevet som ” a small-scale version, or trial run, done in preparation for a major study” (Polit og Beck 2008, s. 761). Data fra pilotintervjuet ble ikke benyttet.

Diktafonen ble oppbevart i et låsbart skap med ingen adgang enn for andre enn forfatterne selv.

3.4 Dataanalyse

I kvalitativ forskning sier Polit og Beck (2008) at hensikten med dataanalysen er å strukturere og finne mening i innsamlede data.

Alle intervjuer ble gjort før analyseprosessen startet. For å få en helhetsforståelse av materialet ble opptakene av informantene hørt på flere ganger. Datamaterialet i denne studien er analysert etter Granheim og Lundmann (2004) sin analysemodell.

Intervjuene ble transkribert ordrett fra lydopptakene etter at intervjuene var gjennomført. Alle uttrykk ble registrert, og skrevet på bokmål. Alle intervjuene ble transkribert mindre enn fire dager etter at de ble foretatt. Arbeidet ble fordelt likt mellom forfatterne og forfatterne transkriberte dem de hadde intervjuet slik at arbeidet ble likt fordelt. Ved transkribering fra muntlig til skriftlig blir intervjusamtalene strukturert slik at de ble mer egnet for analyse (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Granheim og Lundmann (2004) er transkribering første del av analyseprosessen for å bli kjent med materialet før innholdsanalysen starter.

Innholdsanalyse blir gjort for å finne ny kunnskap og fakta om emnet (Elo og Kynäs 2008). Graneheim og Lundman (2004) beskriver analyseprosessens trinn som følger: Forskeren leser helheten flere ganger, finner innholdet som skal analyseres (unit of analysis), søker meningsenheter, komprimerer utsagnene men beholder kjernen (kondensere), søker kluster, oppsamling av utsagn (content area), koder og kategoriserer innholdet for til slutt å ende opp med kategorier som beskriver det manifeste (det åpenbare og synlige) innholdet og temaer som beskriver det latente (det usagte, underliggende) innholdet i informantens utsagn. Det påpekes imidlertid at man i en kvalitativ analyse kontinuerlig beveger seg mellom helheten og delene i teksten.

For å få en helhetsforståelse ble opptakene og det transkriberte materialet av informantene hørt på og lest flere ganger.

Meningsenhetene i teksten ble plukket ut i neste steg. En meningsenhet (meaning unit) kan være ord, meninger som er relaterte til hverandre gjennom sitt innhold eller kontekster (Graneheim og Lundman 2004), og studiens hensikt og problemstilling var styrende for hvilke deler av utsagnene som ble ansett som relevante meningsbærende enheter.

Meningsenhetene ble markert med sin egen farge i det transkriberte materialet. Det ble til sammen 233 meningsenheter. At meningsenhetene ble skrevet med egen farge og ga en grei oversikt over materialet, samt gjorde det enklere å skille de ulike delene fra hverandre.

Kondensering av meningsenheter handlet om å forkorte teksten gjennom reduksjon, eller kondensering. Man forkortet meningsenheter, uten at meningsinnholdet blir borte. De kondenserte meningsenhetene ble skrevet med egen farge. Dette for å lage en god oversikt, og for å skille de ulike delene fra hverandre.

Koding av teksten startet i neste trinn. Prosessen handlet om en abstraksjon av de konkrete utsagnene. På dette trinnet var det i større grad rom for tolkninger og omformuleringer av de meningsbærende enhetene enn i forrige analysetrinn. Resultatet av abstraksjonen kalles kode (Graneheim og Lundmann 2004). En kode er den ”etiketten” som settes på meningsenheten. Kodingen ble følgelig et verktøy som gjorde datamaterialet mer oversiktlig og håndterbart for videre analyse.

Kodene ble i neste steg vurdert med tanke på likheter og ulikheter. Denne prosessen endte i at subkategoriene utkrystalliserte seg. Deretter ble det abstrahert videre fra subkategorier til kategorier.

Det siste trinnet i analyseprosessen er å abstrahere til tema. Tema skal fange meningen, det latente innholdet i de kategoriene som har kommet fram (ibid).

Tabell 1 Eksempel på hvordan analysen ble foretatt

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
Det er et stort ansvar. Det er såpass dårlige pasienter på alle mulige måter egentlig.....	Stort ansvar. Dårlige pasienter.	Stort ansvar	Mer ansvar og flere oppgaver	Ytre krav og indre forventninger til endringer	???
Jeg synes det er veldig mye skjemaer. Sånn at dem sender et skjema og ringer for å si at dem sender det skjemaet. Også skal vi ringe tilbake igjen på en måte. Det blir mye kontakt uten at det gir informasjon.....	Mye skjemaer. Sender og ringer for å si at skjemaet er sendt. Mye kontakt uten informasjon.	Kommunikasjon og informasjonsflyt. Pasient ikke i fokus	Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt	Dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten	
Vi har ikke fagfolk til dette. Det er det vi mangler. Det er det ingen tvil om. Vi har altfor mange assistenter som går til dårlige folk. Det hjelper ikke om du har ti assistenter, sykepleieoppgavene dem er der uansett.	Mangler fagfolk. For mange assistenter til dårlige folk. Sykepleieoppgavene er der uansett.	Viktighet av kompetanse	Varierende tilgang til spesialkompetanse	Egen og andres kompetanse som nødvendig støtte	

3.5 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

For å styrke troverdigheten i denne studien er alle ledd i forskningsprosessen presentert så ærlig og presist som mulig. Det etterstrebes å synliggjøre en sammenheng mellom hensikt, problemstillingen, metoden, informantene i studien, datainnsamlingsmetode og analysen av tekstmaterialet. Troverdighet (credibility) er i den grad at forskningsmetoder bygger tillit i data og i forskernes tolkninger av data (Polit og Beck 2008). Dette er forsøkt ivare tatt ved å være bevisst og beskrive egen forforståelse, og synliggjøre autentisiteten i informantenes utsagn ved å presentere sitater. Analyseprosessen er også relativt detaljert beskrevet.

Graneheim og Lundman (2004) skriver at variasjon blant de som deltar i studien kan være med på å sikre studiens troverdighet. Studien har fulgt de etiske retningslinjer for forskning som også er med på å oppnå troverdighet.

Dependability (pålitelighet) refererer til evidens som er troverdig, konsekvent og stabil over tid (Polit og Beck 2008, s.216). I studien har man vært oppmerksom på å stille samme spørsmål til informantene. Intervjuguiden er derfor nyttig i denne sammenheng.

Pålitelighet handler også om overførbarhet for studien. Det vil si hvordan man kan overføre funnene i studien til andre grupper. Graneheim og Lundmann (2004) skriver at det er leseren som må avgjøre om resultatene er overførbare, men forfatterne kan argumentere for overførbarhet.

Bekreftbarhet (confirmability) referer til evidens av forskerens objektivitet (Polit og Beck 2008). I følge Graneheim og Lundmann (2004) bør det være en sammenheng mellom metode, analyse, diskusjon og problemstilling for å understreke bekreftbarheten.

Intervjuguiden er blitt testet ut med pilotintervju der et spørsmål ble strøket fordi det var tilnærmet lik et annet spørsmål i intervjuguiden. I løpet av intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å få bekreftelse på om man hadde forstått informanten riktig. Dette er en faktor i å oppnå en felles forståelse mellom forskeren og den som deltar i studien (ibid).

Transparency står for åpenhet og en forpliktelse til en åpenhet i en studie. Forskere bør søke muligheter for å demonstrere åpenhet i sin skriving. I god kvalitativ forskning kan

man ikke unngå eller la være å lese teksten gjentatte ganger for å sjekke om sine tolkninger er tro mot sine data (Polit og Beck 2008). Det er informantene som sørger for at det er en fremdrift i kvalitativ forskning (ibid). Med hensyn til utvalget i denne studien ble en informant forkastet da det kom frem at vedkommende ikke har noen direkte pasientkontakt etter at samhandlingsreformen ble innført.

Overførbarhet (transferability) sier noe om den nye kunnskapen kan være aktuell for andre i lignende sammenhenger (Polit og Beck 2008). Samhandlingsreformen stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse og endringer av innholdet i utdanningene St. meld.nr.47 (Helse-og omsorgsdepartementet 2008-2009). Denne studien kan være relevant og vise innsikt for tilsvarende grupper som er i en endringsprosess, slik som blant annet de ulike utdanningsinstitusjonene.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Hensikten med forskningsetikk er å bevisstgjøre om etiske problemstillinger som kan oppstå som følge av forskning. Forskningsetikken skal beskytte enkeltindivider og deltakere i forskningsprosjekter. At man fører en god forskningsetisk praksis vil det bidra til tillit til forskningsresultater, forskere og samfunnet (Carlsen og Staff 2009).

Før oppstart av en studie som involverer mennesker bør en alltid vurdere risiko og nytte (Polit og Beck 2008). Nytteverdien av denne studien vil være at man beskriver sykepleierens opplevelse etter at samhandlingsreformen ble innført. Nytteverdien kan være viktig for andre profesjonelle arenaer hvor kunnskapen er i stadig utvikling. Eksempler på dette kan være utdanningsinstitusjoner og andre organisasjoner som er i en endringsprosess. Man kan ikke se at det skal ha vært noen risiko for deltagerne og gruppen de representerer å delta i studien. Ved å skulle utføre en studie er det visse etiske overveielser man må tenke igjennom. Man må være klar over at det kan sette i gang mange tanker og følelser hos den involverte parten. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det etiske prinsippet om velgjørenhet (beneficence) betyr at risikoen for å skade en deltager bør være lavest mulig. Sett fra et nytteperspektiv bør fordelene og betydningen for deltageren veie tyngre enn risikoen for å skade deltageren. Det er forskerens ansvar å se på mulige

konsekvenser både for deltagere og for gruppen de representerer (Kvale og Brinkmann 2009).

I Helseforskningsloven § 1(2008) blir det slått fast at formålet er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Forskningsetiske retningslinjer bygger på de etiske prinsippene som ligger til grunn i FN's menneskerettighetserklæring og i Helsinkideklarasjonen.

Denne studien tilfredsstillter kravene i etiske retningslinjer for forskning (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden 2011). Etter at forskningsplanen ble godkjent våren 2012 ble denne sammen med meldeskjema meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon ble det konkludert med at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 31 og 33.

I studien er det gitt skriftlig informasjon til informantene. Deltagelsen var basert på frivillighet. Det ble presisert at det var frivillig å delta i informasjonsbrevet. Informantene ble informert om at det var frivillig å delta i studien og at de kunne trekke seg når som helst under studien uten begrunnelse for det. Informantene skrev under på samtykkeerklæring etter å ha fått skriftlig informasjon om hva det innebærer å delta. Informantenes skriftlige samtykke ble oppbevart i et låsbart skap. Det ble ikke opprettet noen form for liste med personopplysninger, eller koding som kunne medføre at data kunne knyttes til enkeltpersoner eller institusjoner. Materialet ble anonymisert etter retningslinjer fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Informantene ble sikret anonymitet ved at all data ble aidentifisert etter at intervjuene ble tatt opp på diktafon. De ble informert om at opptakene av intervjuene ville bli slettet desember-januar 2013.

4.0 FUNN

Den aktuelle studiens problemstilling omhandler å beskrive hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg opplever å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter med psykiske lidelser og pasienter med behov for palliativ omsorg etter at Samhandlingsreformen ble innført.

Funnene kan sammenfattes i tre kategorier, som bygger på ni subkategorier. Disse representerer det manifeste innholdet i informantenes utsagn om sine opplevelser (Graneheim og Lundman 2004). Det framkommer også et underliggende, latent tema som er gjennomgående i de tre kategoriene. En oversikt over funnene presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Sykepleiernes opplevelser av å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter etter innføring av samhandlingsreformen

Tema	Misforhold mellom ansvar, kompetanse og innflytelse		
Kategorier	Dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten	Egen og andres kompetanse som nødvendig støtte	Ytre krav og indre forventninger til endringer
Subkategorier	Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt	Mindre innflytelse	Mer ansvar og flere oppgaver
	Pasientenes forventninger til hva kommunen kan tilby	Variierende tilgang til spesialkompetanse	Å oppleve dårligere tid til å planlegge hjemkomst
	Mange skjemaer og mye dokumentasjon	Å følge opp dårligere pasienter	Å være i en endringsprosess

Funnene presenteres i henhold til tabellen, med kategorier og tilhørende subkategorier. Det latente temaet beskrives til slutt. Det blir brukt sitater for å underbygge forskerens beskrivelser. Sitatenes hensikt er å la informantenes stemme komme tydeligere frem og gi leseren et bredere inntrykk (Graneheim og Lundman 2004). Etter hvert sitat representerer et nummer i parentes de enkelte informantene.

4.1 Dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten

Denne kategorien omfatter tre subkategorier: Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt, pasientens forventninger til hva kommunen kan tilby og mange papirer og skjemaer. Sykepleierne beskriver at de opplever kommunikasjonen med sykehuset vanskelig. Det som også oppleves utfordrende er at pasientene er forespeilet tilbud som

kommunen ikke kan innfri. Sykepleierne sier at de må forholde seg til flere skjemaer som en del av kommunikasjonen med sykehuset.

4.1.1 Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt

Denne subkategorien omhandler sykepleiernes beskrivelser av hvordan de opplever kommunikasjon med sykehuset etter innføring av Samhandlingsreformen.

Informantene opplever at de har mer kommunikasjon med sykehuset etter 1. januar 2012, men uttrykker bekymring over at viktig informasjon lett kan overses, og at en derfor kan miste nødvendig informasjon om pasienten.

Alle de faxene som vi til stadighet får da. Så står det initialer ikke sant og hvis du ikke har fått noen telefon fra sykehuset så vet du ikke hvem vedkommende er (2)

Det oppleves spesielt utfordrende å ha mangelfull kommunikasjon i forhold til hva som feiler pasientene, det være seg epikriser og sykepleiesammenfatninger. Informantene opplever at når man får en fax med pasientenes initialer, og man ikke har fått telefon fra sykehuset i forkant så vet man ikke hvem vedkommende er og at det blir mye ekstraarbeide for å finne ut dette. Når en psykiatrisk pasient skrives ut ”så får man aldri en epikrise”, hevder sykepleierne. Det kommer fram en opplevelse av at det er ”dårlig samarbeid med psykiatrisk team”. Det å ikke være informert om diagnose et uttrykk for ”ikke-samarbeide”, i følge informantene.

Gjennomgående hevder informantene at sykepleierne som jobber på sykehuset vurderer forskjellig, og dette er en utfordring for sykepleierne i hjemmebasert omsorg. Det hevdes også at sykehuset ”er veldig styrt av penger”, og at de som jobber der blir ”drillet i å huske på at pasienten skal skrives ut”. Informantene beskriver at dette medfører ”litt konflikter”.

Det oppleves at det er for mange forskjellige personer som snakker, og usikkerhet knyttet til ”hva som er reelt og hva man skal forholde seg til”. Informantene opplever at det blir mye utenom pasienten som blir fokus.

Det kan bli veldig mye fram og tilbake. Hvem som har snakket med hvem, og klokke og dato. Pasienten blir lett borte i det hele føler jeg (4)

Det blir mye ”styr rundt kommunikasjonen”, og det er ”det som blir fokuset”. Det kommer frem at det er mange ledd involvert og mye jobb. Det blir mye ringing til sykehuset, og mange skjemaer å holde orden på. Det uttrykkes et behov for bedre kommunikasjon, og sykepleierne mener at de bør møte opp på sykehuset for å snakke med de ansatte der for å få et riktig bilde av pasienten. Et eksempel er at man fikk en telefon fra sykehuset om at pasienten var utskrivningsklar. Deretter fikk en høre etterpå at pasienten var mye dårligere enn dagen før.

Vi synes at hvis vi har fått en henvendelse, så vet en at en må ha med det og det og det... da hadde det vært veldig greit, men det er slik at når pasienten er meldt da er de på vei hjem ”har akkurat reist liksom”... da er det jo for sent da (10)

Noen sykepleiere forteller at man samarbeider bra med sykehuset. De beskriver situasjoner hvor utskrivelsen er godt planlagt, og at hjemmebasert omsorg i god tid vet den dagen de er utskrivningsklare. Sykepleierne forteller også at de har mottatt en del telefoner fra sykehuset når de er usikre på hvor de står i forhold til utskrivelse av pasientene. De vil høre sykepleierne i hjemmebaserte tjenester sin mening om utskrivelse av pasienten.

Det kommer fram at man har hatt samarbeidsmøter i forbindelse med palliative pasienter på sykehuset. Sykepleiere har også opplevd å møte pasientene og snakket med palliativt team før utskrivelse. Dette oppleves som ”ordentlig og solid samhandling.”

4.1.2 Pasientenes forventninger til hva kommunen kan tilby

Denne subkategorien beskriver hvordan sykepleierne opplever pasientenes forventninger til kommunen etter utskrivelse fra sykehuset.

Sykepleierne opplever at både pasienter og pårørende har mange forventninger til hva kommunen kan tilby etter utskrivelse fra sykehuset. Det kan handle om hjelpemidler og annet utstyr, eller andre tilbud som man ikke har klart å få på plass. Sykepleierne opplever at pasientene har større forventninger enn kommunen kan tilby.

Sånn generelt er det mange utfordringer, folk forventer mer enn vi kan gi da, det hender det er mangel på kommunikasjon og en opplever at en er blitt lovet både det ene og det andre fra sykehuset og så er det ikke sånn det er når en kommer hjem igjen (12)

Noen forventninger kan innfris dersom kommunens personell får litt mer tid. Sykepleiernes utsagn tyder på at samarbeidet med pasient og pårørende blir utfordrende for sykepleiere i hjemmebasert omsorg når disse tilbudene ikke er ”på plass” når pasienten kommer hjem. Det kan imidlertid ordnes etter hvert, men hjemkomsten blir preget av disse forventningene som ikke er innfridd.

Sykepleierne på sykehuset lover pasientene mer enn det vi kan innfri, vi synes det er viktig at vi i hjemmebasert får vurdert pasientene selv, og finne ut hvilket behov de har for tjenester. Det blir litt feil liksom at andre lover noe på våres vegne (8)

Det er ofte mangel på kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen som forårsaker dette, hevder informantene. Sykepleierne ser på det som en viktig forutsetning at de blir kjent med pasientene, men også at pasientene får kjennskap til hvordan sykepleierne i hjemmebasert omsorg arbeider.

4.1.3 Mange skjemaer og mye dokumentasjon

Denne subkategorien beskriver at det er økt fokus på kommunikasjon og dokumentasjon via skjemaer, etter at Samhandlingsreformen ble innført. Sykepleierne opplever det som utfordrende å forholde seg til alle de ulike skjemaene.

Nå har det jo blitt veldig populært med de her skjemaene. Nå har vi fått enda ett som går på at sykehuset skal sende melding om innlagt pasient. Så skal dem ringe og si det samme. Også skal vi faxe innen 24 timer og høre hvordan det er, hva behovet er. Hva dem har funnet ut og når det er forventet utskrivelse(4)

Det har blitt flere arbeidsoppgaver, da ”kravet til mer dokumentasjon har endret seg”. Det blir ”mye byråkrati rundt selve papirene, telefonene og skjemaene”. Sykepleierne opplever at ”det er det som tar overhånd”. Imidlertid kommer det også fram en forståelse for at det er ”mye jobb rundt dokumentasjon for sykepleierne som arbeider på sykehuset også”. Informantene har oppfatninger om at det hadde vært enklere hvis sykehuset og kommunen hadde hatt et felles datasystem for å utveksle informasjon.

Blitt mer papirmølle, det er mye flere papirer å holde orden på enn det var før, tar mye tid. Ellers opplever jeg i forhold til den Samhandlingsreformen, så er det jo å passe på å få fylt ut alle papirer riktig (14)

Sykepleierne opplever at dokumentasjon er blitt enda viktigere etter at Samhandlingsreformen ble innført. Man skal ”huske på ting man ikke gjorde før”.

Sykepleierne føler at de må sjekke at alt dokumenteres riktig, ”slik at sykehuset får sine penger”.

En sykepleier sier at hun savner en introduksjon på forhånd, om hvordan de ulike skjemaene skal fylles ut, men det kommer også fram oppfatninger om at ”det fungerer greit”, men at det ”bare blir litt ekstra papirer”.

4.2 Egen og andres kompetanse som nødvendig støtte

Denne kategorien inneholder tre subkategorier: Mindre innflytelse, ulik tilgang til spesialkompetanse og tidligere utskrivninger krever mer oppfølging.

Sykepleierne opplever at de har mindre å si enn tidligere. I sin arbeidssituasjon har sykepleierne ulik tilgang til personale med spesialkompetanse som de kan samarbeide med. Dette er viktig i en situasjon hvor pasientene skrives ut tidligere fra sykehuset og derfor trenger mer oppfølging.

4.2.1 Mindre innflytelse

Denne subkategorien beskriver sykepleiernes opplevelse av å ha mindre innflytelse over når pasientene skrives ut fra sykehuset.

Sykepleierne opplever et mye større press fra sykehuset, og at de ikke har mulighet til å sette grenser i forhold til beslutninger som er tatt.

Føler vi har mindre å si en før, føler at vi hadde mer påvirkning før på om pasientene kunne bli 1 eller 2 netter lengre, nå er det ikke noe å diskutere. Er han ferdigbehandlet så er han ferdigbehandlet (14)

Det fremkommer oppfatninger om at det er lite fokus på hva sykepleierne i hjemmebasert omsorg kan bidra med. Det uttrykkes et ønske om at sykepleierne inkluderes mer i ”opplegget til pasienten på sykehuset”. Informantene uttrykker at man skal ”se på hverandre som samarbeidspartnere og ikke hvem som skal overta pasientene”. Det er ønskelig at dette blir en del av samhandlingen, slik at ”fokuset blir hva behovet til pasientene er”.

Det menneskelige blir lagt helt til side og det er en utfordring for meg som sykepleier som skal ivareta hele mennesket (1)

I nåværende situasjon skyves ansvaret fram og tilbake mellom sykehus og kommune, hevder informantene.

4.2.2 Varierende tilgang til spesialkompetanse

Denne subkategorien beskriver sykepleiernes opplevelse av egen kompetanse, og tilgang til andres faglige vurderinger.

Det jeg tenker på i forhold til hjemmebasert så hadde vi hatt mer ressurser og fagfolk så kunne vi unngå innleggelser (6)

Det framkommer at hvis hjemmebaserte tjenester hadde hatt flere ressurser og fagfolk, så kunne man unngått innleggelser i sykehuset i utgangspunktet. Det oppleves at kompetansen er ”så som så”.

Vi har ikke fagfolk til dette. Det er det vi mangler. Det er det ingen tvil om. Vi har altfor mange assistenter som går til dårlige folk. Det hjelper ikke om du har ti assistenter, sykepleieroppgavene dem er der uansett (3)

Det beskrives at det blir leid inn ekstra personell ved behov, men det er ønskelig med kompetent personale også.

Men jeg er jo opptatt av, viktig at det kreves en viss kompetanse for å jobbe i hjemmesykepleien...det er ikke bare antall hoder, det må være noe i hodene og (12)

Det er mangel på spesialkompetanse i hjemmebasert omsorg, opplever informantene. Det uttrykkes at lindrende enhet og kreftkoordinator i kommunen er en ”stor støtte”. Hvis personalet ikke har kompetanse på området, oppleves det som ”svært utfordrende”.

Imidlertid framkom det også en oppfatning av det motsatte, da en informant framhever at det ”ikke er noen stor utfordring med pasientgruppa” og ”kompetanse har vi”.

Kreftkoordinator i kommunen stiller opp veldig mye, i følge informantene. Ofte kommer hjemmebaserte tjenester tidlig inn i bildet, og samarbeider med sykehuset. Det oppleves likevel som utfordrende i forhold til å klare å møte behovene.

Sykepleierne understreker som viktig å ha en god kommunikasjon med sykehuset før pasientene kommer ut. Det oppleves også at man har fått til veldig mye når det gjelder de palliative pasientene. ”Denne pasientgruppen blir ikke bare skrevet ut, men en er forberedt hjemme også”.

I forhold til pasienter med psykiske lidelser sier sykepleierne i hjemmebasert omsorg at det ”ikke er noen kommunikasjon” mellom dem og sykehuset ved utskrivelse av pasientene. Siden sykepleierne opplever å ha lite kunnskap om pasientgruppen føles dette som ”utrygt”. Det framkommer at sykepleierne opplever at de ikke har noen å støtte seg til i forhold til pasienter med psykisk lidelse.

4.2.3 Å følge opp dårligere pasienter

Denne subkategorien beskriver at tidligere utskrivelser av dårlige pasienter krever mer oppfølging av sykepleiere i hjemmebasert omsorg. Etter at samhandlingsreformen ble innført blir pasientene som kjent skrevet ut tidligere fra sykehuset for å fortsette behandling i hjemmet.

Sånn generelt så synes jeg at pasientgruppa har forandret seg veldig fordi pasientene skrives ut veldig mye tidligere enn det dem gjorde for bare par-tre år siden. De krever veldig mye mer oppfølging når de kommer hjem nå enn dem gjorde før (4)

Det er mange ting å ta tak i når pasientene skrives ut. Når man noen ganger opplever man at det ikke er med epikrise eller sykepleiesammenfatning, blir det mye ekstra arbeid for sykepleieren i kommunen, ifølge informantene.

Ting er ikke tilrettelagt fra sykehuset sin side, hevder informantene. Det beskrives at det blir mange re-innleggelse på grunn av at pasientene blir skrevet ut for tidlig. Mange pasienter skrives ut på kvelder og helger, og at dette oppleves som spesielt utfordrende, da det er ”mindre personale på jobb”.

Psykiatri er en gruppe man får mer og mer av og det er ofte yngre pasienter som krever mye oppfølging. Ofte av to personale på grunn av at det kan være trusler og rus inne i bildet (3)

Dette oppleves av sykepleierne som spesielt utfordrende på kvelder og helg. Det framkommer at sykepleierne har prøvd å få informasjon om pasienter med psykiske

lidelser og om det kan være fare for suicidalitet eller selvskading. Sykepleierne opplever å ikke få denne informasjonen, på grunn av taushetsplikt. Dette oppleves frustrerende, og beskrives som ”en gråsoner” som man ikke er fornøyd med.

Det som likevel beskrives som mest utfordrende for sykepleierne er pasientene som har behov for palliativ omsorg. Sykdomsbildet kan forandre seg så raskt, og sykepleierne opplever det som ”vanskelig å imøtekomme alle deres behov”.

4.3 Ytre krav og indre forventninger til endringer

Denne kategorien omfatter tre subkategorier: Mer ansvar og flere oppgaver, å være i en endringsprosess og dårligere tid til å forberede hjemkomst.

Kategorien beskriver sykepleierens opplevelser av andres og egne forventninger i forbindelse med at Samhandlingsreformen ble innført. Det uttrykkes at det er et stort ansvar å arbeide i hjemmebasert omsorg, og det framkommer at sykepleierne hadde andre forventninger til hvilke arbeidsoppgaver de ville få etter innføring av Samhandlingsreformen.

4.3.1 Mer ansvar og flere oppgaver

Sykepleierne selv hadde forventet og ønsket flere oppgaver etter innføring av Samhandlingsreformen. Utsagnene beskriver også opplevelser av en ytre forventning om å gi mer behandling i hjemmet, blant annet intravenøs behandling. Dette vil medføre økt ansvar. Likevel beskrives opplevelser av at det ikke har skjedd store endringer.

Jeg går og venter litt på dette. Jeg hadde forventet at vi skulle gjøre mer. Jeg forventet at ansvaret vårt og utfordringene våres, at vi skulle behandle mer folk hjemme. Det har faktisk ikke gjort det. Vi har kjøpt inn utstyr og...egentlig hadde jeg savnet det (1)

Flere arbeidsoppgaver knyttes særlig til oppfordringen om å dokumentere alt når en får henvendelser. Utsagn fra de som har erfart noen ”nye” faglige utfordringer handler om at sykepleierne opplever det også som vanskelig å sette seg inn i de ”nye tekniske prosedyrene som er knyttet til pasientbehandlingen”. Det hevdes at når man står alene om prosedyrene, er det en utrygg situasjon.

Det er et stort ansvar. Det er såpass dårlige pasienter på alle mulige måter egentlig. Det er spennende men mye samarbeid. Ja, det kommer veldig an på hvor godt planlagt det er tenker jeg. Vi har mottatt pasienter i den fasen som ikke har fått tilbud, som har fått høre om palliativ avdeling, kreftsykepleier i distriktet og andre instanser. Også kanskje komme hjem uten medisinliste og resepter. Det er krevende for da må du på en måte starte en hel prosess på egenhånd (6)

Sykepleierne som opplever et veldig stort ansvar, hevder at andre fraskriver seg ansvaret, ved at ”det bare er å skrive dem ut” (12). Det henvises her til spesialisthelsetjenesten. Det oppleves at sykehuset har ”et annet bilde av pasienten når de sender faxen”, enn det personalet i hjemmebasert omsorg opplever når pasientene blir meldt utskrivningsklar. Det kommer fram at dette ikke fungerer optimalt.

Tiltross for opplevelsen av økt ansvar, hevder sykepleierne at utfordringene i forhold til pasientgruppene er ”overkommelige”, sett ut fra de behovene de har for sykepleie.

4.3.2 Dårligere tid til å planlegge hjemkomst

Denne subkategorien sier noe om at pasientene skrives ut mye tidligere fra sykehus etter at Samhandlingsreformen ble innført, og at sykepleiere opplever at de har dårligere tid til å planlegge hjemkomst.

Pasientene kommer hjem fortere. Men ofte i samme situasjon. Det verste fra vår side var egentlig å skaffe hjelpemidler fort nok. I starten måtte pasientene vente på sykehuset til vi fikk ordnet det. Og det er ikke det som er meningen med Samhandlingsreformen. Det var en utfordring (6)

Sykepleierne forklarer at de fikk en eller to dager til å forberede hjemkomst tidligere, men etter innføringen av Samhandlingsreformen ble det slutt på dette. Sykepleierne opplever at pasientene ”kommer hjem uansett”. Dette er en stor utfordring, da de blant annet må skaffe tilveie hjelpemidler. Det er vanskelig å få til på kort varsel, hevder sykepleierne.

Vi har fått pasienter med kreft og andre sykdommer som krever palliativ pleie. Vi merker ikke at vi får noe større pasientantall enn tidligere. Dem kommer fortere hjem enn det dem har gjort, så vi må på en måte... Når vi får beskjed når så må vi organisere med en gang. Allerede helst i går (6)

Informantene framhever at når de får en henvendelse fra sykehuset om at en pasient er utskrivningsklar, da opplever man at ”pasienten allerede er utskrevet og på vei hjem”. Da er det for sent å forberede hjemkomst, opplever de.

Den erfaringen vi har fra psykiatrien det vi har erfart fra det senere er at for det første jeg kan ta et eksempel er at vi får plutselig meldt en pasient fra en eller annen kommune uten at vi har fått meldt den på forhånd, de kommer ut igjen på dagen uten at vi vet noe samme dagen liksom. Ingenting er i orden, medisiner er ikke i orden, vi får en dosett som vi skal gi tablett fra, vi vet ikke om det er riktig. Veldig dårlig kommunikasjon (13)

Det oppleves som en stor utfordring når hjelpemidler og resepter ikke er ordnet før utskrivning. ”Alt handler om planlegging, så gjør man en mye bedre jobb med engang”, hevdes det. For sykepleierne i kommunen er det viktig med tidlig varsling, som sier hvilken dag pasientene er utskrivningsklare fra sykehuset. Slik får man forberedt seg i kommunen, ved å få på plass hjelpemidler og få forberedt personalet.

Det framkommer at det ikke er bare pasienter man har kjennskap til fra før som skrives ut tidlig, men det er også nye pasienter som ikke har hatt tilbud i kommunen tidligere. Disse pasientene har heller ikke tilrettelagte hjelpemidler i hjemmet og tilrettelegging oppleves følgelig som spesielt vanskelig for sykepleierne.

4.3.3 Å være i en endringsprosess

Denne subkategorien beskriver sykepleiernes opplevelser av å være i en endringsprosess de er pålagt, som følge av innføring av Samhandlingsreformen. Mangel på informasjon om reformen er et sentralt tema.

Nei, ikke forberedt på reformen. Ikke noe informasjon i forkant fra kommunen sin side før reformen slo i kraft 01.01. Det var det ikke. Det er nå i etterkant at vi har hatt allmøter og hvordan vi skal jobbe i forhold til kompetanse, hvordan sykepleierne skal jobbe. Alt ligger på en måte og flyter littegrann (5)

Det kommer fram at det i ettertid har vært møter på hvordan man skal jobbe i forhold til kompetanse. I en kommune vil man ikke få flere ressurser før en ser hvor mye en trenger. Sykepleierne savner bedre forberedelse av rutiner for å ivareta de nye arbeidsoppgavene. Det har ikke vært noe informasjonsmøte før Samhandlingsreformen ble innført, i følge informantene. Sykepleierne har ”holdt reformen på avstand”, og mener det er et kommunalt ansvar. Generell oppfatning er at ”kommunen sliter”.

I forhold til samhandlingsreformen hvis jeg tar det først så opplever jeg at det ...alle meldes veldig tidlig ut fra sykehuset...vi har fått...det var jo ingen rutiner rundt det fra 1. januar (12)

Det hevdes fra noen informanter at det ikke har vært store endringer etter at Samhandlingsreformen ble innført. De merket ikke Samhandlingsreformen slik de egentlig hadde trodd det skulle bli. Forventningene om at en skulle gjøre mer, få større ansvar og utfordringer og behandle mer hjemme har ikke blitt innfridd. Sykepleierne beskriver spesielt forventningene til å starte ulike typer medisinsk pasientbehandling hjemme. Noen hadde sett frem til dette. Det var kjøpt inn mer utstyr, og sykepleieren savner mer utfordringer. I følge informantene har man ”visst om Samhandlingsreformen i mange år, men det har ikke blitt en eneste mer plass etter at reformen ble innført”. En går på en måte og venter, hevdes det.

Det blir påpekt at konsekvensene av Samhandlingsreformen kanskje er litt nytt, og må ”gå seg til”. En konkret utfordring er å samarbeide med fastlegene, og få dette til. Sykepleierne opplever at ”pasientene ikke er viktige lenger” og at det ikke ”betyr noe hvilket funksjonsnivå pasientene har”.

Det kommer fram at før Samhandlingsreformen ble det tatt mer individuelle hensyn i den enkeltes situasjon. Ting fungerte bra før Samhandlingsreformen, hevdes det. Da var ”pasienten mer i fokus”. Nå er det ”mange ledd og mye tull”. Informantene framhever at det har vært mye ”rot”, men mener at det er det med alt som er nyoppstartet.

Det framkom også oppfatninger om at man er positiv til selve intensjonen med Samhandlingsreformen.

4.4 Misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse

Funnene endte i et tema som beskriver sykepleiernes opplevelser av misforhold mellom ansvar, kompetanse og innflytelse. Under og i etterkant av analysen opplevde man et latent, underliggende tema. Selv om informantene ikke uttrykte dette direkte, så opplevde forfatterne at det var noe som forble usagt.

Kategorien ” dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten” synliggjør et misforhold i tilknytning til at informantene opplever at de får instruksjoner fra spesialisthelsetjenesten, uten å føle at de har noen innvirkning på beslutninger som tas. Dårlig og mangelfull kommunikasjon med sykehuset beskrives som

et problem, samtidig som de opplever at de blir pålagt flere arbeidsoppgaver i form av skjemaer og dokumentasjon. Det oppleves et misforhold mellom det pasientene forventer, og det kommunens hjemmebaserte tjenester faktisk kan tilby. Pasientene er blitt lovet tjenester av sykehuset, uten at det har vært noen samhandling mellom tjenestenivåene om dette.

I kategorien ”egen og andres kompetanse som nødvendig støtte” opplever informantene at de har fått ansvar for dårligere pasienter, fordi pasientene blir skrevet ut tidligere fra sykehuset. Misforholdet informantene opplever er at de til tross for ansvaret for dårligere pasienter, ikke opplever noen økning i tilgang på spesialkompetanse. Det oppleves også et misforhold knyttet til økning av pålagte oppgaver og ansvar, men redusert innflytelse. Å bli forespurt om å delta i vurderinger av utskrivelsesprosessen av pasientene skjer sjelden eller aldri, i følge sykepleierne.

Den siste kategorien ”ytre krav og indre forventninger til endringer” beskriver informantene opplevelser av mer ansvar, og flere oppgaver etter innføring av Samhandlingsreformen. Misforholdet begrunnes i at informantene opplever at de har mer ansvar og dårligere tid til å planlegge hjemkomst for pasientene fordi de skrives ut tidligere fra sykehuset. De har derfor ikke mulighet til å forberede hjemkomst for pasientene slik de ønsker.

Informantene har ikke opplevd Samhandlingsreformen slik de hadde trodd at det skulle bli. Til sammen oppleves dette som et gjennomgående misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse.

5.0 DISKUSJON AV FUNN

Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleieres opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av Samhandlingsreformen 01. januar 2012. I denne delen av studien vil det gjøres en diskusjon over resultatene man har kommet fram til.

Hovedkategoriene diskuteres opp mot tidligere forskning og teori. Avslutningsvis vil man gjennom metodediskusjon vurdere studiens troverdighet gjennom forskningsprosessen.

Hovedkategoriene i studien er ”dokumentasjon av samhandlingen viktigere enn samhandlingen om pasienten”, ”egen og andres kompetanse som nødvendig støtte” og ”ytre krav og indre forventninger til endringer”. Under avslutningen av analysen framkom et latent gjennomgående tema, som beskriver sykepleiernes uuttalte opplevelser. Dette er formulert som ”misforhold i ansvar, kompetanse og innflytelse”. Det vil avslutningsvis reflekteres over dette temaet.

5.1 Opplevelse av dokumentasjonskrav og dokumentasjon om pasienten

Pasientene skrives ut tidligere fra sykehuset etter innføring av Samhandlingsreformen. Det er derfor nødvendig med en god og effektiv kommunikasjon for å få en best mulig overgang for pasienten fra sykehus til hjemmet. Informantene i studien opplever bekymring i forhold til at viktig informasjon om pasientene muligens uteblir. Ved å ha et felles elektronisk informasjonssystem, slik de har i Sverige, vil dette være med på å bidra til å sikre informasjonsflyten. I følge Otterstad (2011) skriver han at det er behov for et elektronisk informasjons- og meldesystem i Norge. Videre skriver Otterstad at dette er spesielt viktig for å få en riktig dato for når pasienten er utskrivningsklar, da kommunene har betalingsansvar (ibid).

Informantene i studien opplever at epikriser og sykepleiesammenfatninger kan være mangelfulle. I henhold til Helsepersonelloven § 40 skal journal være lettleselig og inneholde nødvendig og relevant informasjon om pasienten og hjelpen som blir gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I følge Fjørtoft (2006) må en spørre seg om hva som er tilstrekkelig informasjon. Informantene i studien opplever spesielt i forhold til pasienter med psykiske lidelser at det er mangel på kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmebasert omsorg. Det er ikke nødvendig for alle å vite alt om pasienten og

pasientens liv, og en må tenke på å ivareta pasientens integritet (ibid). Dette spørsmålet er spesielt viktig da det er snakk om pasienter med psykiske lidelser (ibid). Informantene i denne studien opplever at det er bedre kommunikasjon i forhold til de pasientene som trenger palliativ omsorg. En av grunnene til det kan være, i følge Wallerstedt og Andershed (2007) at sykepleierne har høye ambisjoner i å gi døende pasienter og deres pårørende høy kvalitet på pleien de får. Videre sier forfatterne at måten pasienter og pårørende blir behandlet på blir beskrevet som veldig viktig.

Sykepleierne i spesialisthelsetjenesten vurderer pasientene forskjellig. Informantene opplever at det hele tiden er forskjellige sykepleiere å forholde seg til. Dette kan gå utover kontinuiteten i pasientbehandlingen fordi viktig informasjon som ikke er nedskrevet kan lett bli borte. Funn viser at man har fått tilbake pasienter fra sykehuset som er i en dårligere forfatning enn det som er blitt sagt fra sykehuset sin side. Man opplever at informasjon blir holdt tilbake og at sykepleierne på sykehuset ikke er helt ærlige. Det kan forklares som et misforhold ved at informantene beskriver seg selv som ”en svakere part” enn spesialisthelsetjenesten. Informantene i denne studien mener at sykepleiere på sykehus ikke har noen forutsetninger for å vite hva pasientene har behov for når de kommer hjem, sammenlignet med dem, som kjenner pasienten fra hjemmebasert omsorg. De opplever å få instruksjoner om hva pasientene har behov for etter utskrivelse, men at det ikke er noe samarbeid i forhold til dette.

Informantenes utsagn omfatter også opplevelser av at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har vært usikre på utskrivelsesprosessen av pasienten, og søker råd fra sykepleierne i hjemmebasert. Dette kan tyde på at informasjonen i spesialisthelsetjenesten i forhold til Samhandlingsreformen også kan ha vært mangelfull.

Funn viser at sykepleiere i hjemmebasert omsorg har pekt på viktigheten at de kommer tidlig inn i bildet for å være en del av utskrivelsesprosessen. Dette fordi at pasienten og pårørende ikke skal få andre forventninger enn hva de i hjemmebasert omsorg kan gi. Man opplever at pasientene og pårørende har andre forventninger til hva de kan tilby. I henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.1 skal de som oppholder seg i kommunen ha nødvendig helse- og omsorgstjenester. Retten til helsehjelp begrenser seg til hva kommunene har ressurser til, men det er utarbeidet føringer for hva som er en

minstestandard for hva som er forsvarlig helsehjelp (Slettebø 2005). Både ut fra Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Pasient- og brukerrettighetsloven kan pasienter kreve hjelp fra kommunen. Pasientene har ingen rett til å kreve hvilken type hjelp eller hvor mye hjelp de skal få (ibid). For å avgjøre hva som er forsvarlig helsehjelp må en helsefaglig kartlegging og vurdering av den enkelte pasient gjøres (ibid).

Det er viktig at pasienten blir informert om hvordan hjemmebasert omsorg fungerer og hvilke rutiner og begrensninger de har. Dette er forhold som kan skape misnøye og konflikter (Birkeland og Flovik 2011). Det bekreftes i en studie av Schumacher og Meleis (1994) at pasientene som opplever mangelfull og ikke optimal kommunikasjon med helsepersonell vil i en overgangsfase føle frustrasjon, forvirring og maktesløshet.

Funn i denne studien viser at kravet til dokumentasjon har endret seg og blitt enda viktigere etter innføring av Samhandlingsreformen. Det har blitt mange flere skjemaer å forholde seg til og de opplever at de blir kontrollert om dokumentasjonen er riktig. Det er en tidkrevende jobb med å fylle ut alle skjemaer riktig og siden utvekslingen av skjemaer skjer ved fax blir det generelt mye papirer å holde orden på. Det er et krav at det skal være samsvar mellom de vurderingene spesialisthelsetjenesten og hjemmebasert omsorg har. Dette oppleves som spesielt viktig i forhold til en oppfatning av når en pasient er utskrivningsklar. Informantene sier at det hadde vært enklere om de hadde hatt et felles dokumentasjonssystem med spesialisthelsetjenesten. Det kommer fram en opplevelse at sykepleiere på sykehuset også har mye jobb med dokumentasjonen.

Shepperd et al. (2010) hevder at et viktig element når man skal planlegge utskrivelse er at det er en effektiv kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Dette bekreftes av Halasyamani et al. (2006) som hevder at det første viktige steget ved en utskrivelse fra sykehus er forståelse for hva de nødvendige faktorene er, og hvilke tilrettelegginger som må til. Etter innføringen av Samhandlingsreformen opplever sykepleierne at det er et stort fokus på at pasientene skal skrives ut tidligere. På grunn av dette opplever både sykepleierne og pasientene stressende overganger. Kripalani et al. (2007) skriver at etter utskrivelse fra sykehus opplever minst halvparten av innlagte pasienter at det er feil i medisiner og oppfølging. Informantene i denne studien opplever at når pasienter kommer hjem uten medisiner og annen nødvendig dokumentasjon, er det en krevende

oppgave. Det blir mye ekstraarbeid, og det er spesielt krevende i forhold til dårlige pasienter der sykdomsbildet og behovet for sykepleie kan endre seg raskt. Dette gjelder for eksempel pasienter med behov for palliativ omsorg pasienter og pasienter med psykisk lidelse. Pasientene kan oppleve forandringer i symptomer, som ofte opptrer plutselig og samtidig. Dette kalles multiple overganger, som kan oppleves forvirrende og traumatisk for personene det gjelder (Duggleby et al. 2010). Det var imidlertid én informant som ikke opplevde utfordringer i forhold til pasientgruppene, og syntes det var en overkommelig utfordring sett ut fra de behov pasientene har for sykepleie. Dette kan ha sammenheng med at sykepleierne i hjemmebasert omsorg var delt inn i ulike arbeidslag, med forskjellige pasientgrupper og følgelig ulikt arbeidspress.

Det er mye å ta tak i når pasientene blir skrevet ut på kvelder og helg da de er mindre personell på jobb, påpeker sykepleierne. Dette samsvarer med funn i annen studie der det kommer fram at å jobbe på kveld og natt med mindre personale kan innebære ekstra stress for sykepleierne (Wallerstedt og Andershed 2007). Forskjellige typer av stress kan være en av flere faktorer til at sykepleiere i hjemmebasert slutter i jobben sin (ibid).

En viktig del av et helhetlig arbeid er formidling av informasjon. Å dokumentere og formidle observasjoner og tiltak er sykepleierens plikt. I Helsepersonelloven § 16 står det for at helsepersonell skal klare å utføre pliktene sine må helsehjelpen organiseres (Helsepersonelloven 1999). Informantene i denne studien påpeker at det kan være mangelfulle epikriser og sykepleiesammenfatninger, men at det er mange papirer og skjemaer å forholde seg til. For sykepleiere i hjemmebasert omsorg er det av vesentlig betydning at de får utfyllende nok informasjon gjennom sykepleiedokumentasjon. Dette bekreftes av informantene i denne studien. Dette er nødvendig for å kvalitetssikre sykepleien og for å ivareta omsorgen for pasientene.

Bedre samhandling i helsetjenesten er et satsingsområde, og mulighetene for elektronisk kommunikasjon vil spille en vesentlig rolle (Fjørtoft 2006). En mer effektiv kommunikasjonskanal til lege, sykehus, apotek og andre tjenester i kommunen vil lette arbeidet til hjemmebasert omsorg og bidra til å sikre kontinuiteten i behandlingen av pasientene (ibid). Dokumentasjon er viktig for å kvalitetssikre behandlingen av pasientene,

både på sykehuset og etter utskrivelse. I henhold til Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven har man krav på riktig og nødvendig helsehjelp.

5.2 Opplevelse av egen og andres kompetanse som nødvendig støtte

Det er lite fokus på hva informantene i hjemmebasert omsorg kan bidra med, men at de ønsker å være mer inkludert i utskrivningsprosessen til pasienten på sykehus. Informantene opplever at ansvaret for pasientene skyves fram og tilbake mellom sykehus og kommune.

Etter innføring av Samhandlingsreformen har liggetiden på sykehuset blitt redusert og pasientene blir skrevet ut tidligere. Informantene opplevde at før Samhandlingsreformen trådte i kraft hadde sykepleiere i hjemmebasert omsorg en større påvirkningskraft. Det kunne være at pasientene fikk være et par netter ekstra på sykehuset i påvente av at hjemmebasert hadde fått på plass hjelpemidler og annet utstyr. Slik er det ikke lenger. Dette opplever informantene som vanskelig fordi det kan føre til mistillit mellom pasient, pårørende og hjemmebasert omsorg.

Funnene i studien viser at dersom hjemmebasert omsorg hadde hatt flere ressurser og fagfolk i tjenesten så kunne de unngått enkelte innleggelser på sykehus. Informantene kjenner på frustrasjon i forhold til at det ofte er ufaglærte som blir leid inn ved ekstra behov for personell. Dette er ikke til hjelp sier informantene, for ufaglærte kan ikke gjøre sykepleieoppgavene.

Fjørtoft (2006) skriver at personalet som har sitt arbeid i hjemmebasert omsorg og kompetansen de innehar er en viktig ressurs. Videre skriver hun at for å møte pasientenes behov på en forsvarlig måte må det være personell med kompetanse på område (ibid). Kompetanse i hjemmebasert omsorg er avgjørende for den kvaliteten pasientene får på pleien (ibid). Uttalelser i studien pekte på at kompetanse hadde de i hjemmebasert omsorg, og så ingen store utfordringer med pasientgruppa denne studien representerer. Det er også uttalelser som om at man ikke har komplekse pasientgrupper i sitt arbeid. Den viktigste oppgaven sykepleieren har er å observere pasienten, og ut i fra sin kunnskap vurdere og iverksette tiltak. En sykepleiers kliniske kompetanse er basert på mange år erfaring (Synnes og Thoresen 2011). Hvordan sykepleierne i hjemmebasert omsorg møter pasientene vil variere fra sykepleier til sykepleier i forhold til arbeidserfaring.

Det framkommer at sykepleierne generelt har lite spesialkompetanse i forhold til pasienter med psykiske lidelser. De opplever også at denne pasientgruppen blir større. Det vil derfor være behov for økt spesialkompetanse til disse pasientene. Informantene sier at de har liten støtte eller samarbeid med andre aktører som har kompetanse innen psykiatri. Dette samsvarer med Vinge og Kilsmark (2009), som skriver at sykepleierne føler at de kommer til kort, og at de mangler tilbud og samarbeidspartnere til denne pasientgruppen. Schröder, Ahlström og Larsson (2006) hevder at kontinuitet er en viktig forutsetning for å bli kjent med pasienter med psykisk lidelse. Det kan synes utfordrende å få til i hjemmebasert omsorg der personalet arbeider i turnus. Funn i denne studien viser at pasienter med psykiske lidelser er en gruppe de har fått mer med å gjøre, og at det ofte er yngre pasienter som krever mye oppfølging. Dette oppleves som spesielt utfordrende. I følge Schröder, Ahlström og Larsson (2006) er det noen av pasientene ønsker etter utskrivelse fra sykehuset å bli fulgt opp, gjerne bare med en telefon. Dette skulle la seg gjøre uten at det krever altfor store ressurser.

Sykepleierne opplever imidlertid stor støtte i lindrende enhet og av kreftkoordinator i kommunen. De opplever også et bra samarbeid med sykehuset. Det kan likevel være utfordrende å møte behovene til denne pasientgruppen. I en studie kommer det fram at når en skal ta seg av dødende mennesker trenger man kunnskap, det må man ha. Det er ikke noe man gjør instinktivt (Wallerstedt og Andershed 2007). Flere komplekse pasienter vil skape et økt behov for faglig tyngde ofte på tvers av sine spesialiteter.

Personalsammensetningen har konsekvenser for utviklingen av hjemmebasert omsorg sine oppgaver (Vinge og Kilsmark 2009). I følge en studie av Duggleby, W. D et al. (2010) beskriver palliative pasienter viktigheten av at informasjon kommer fra noen de anser er eksperter på område, da dette gir en følelse av å bli tatt ordentlig vare på.

I denne studien kommer det fram at informantene opplever ulik oppfølging av pasienter som trenger palliativ omsorg og pasienter med psykisk lidelse, med tanke på hvordan de blir ivaretatt av hjemmebasert omsorg. En forklaring på dette kan være at informantene, i tillegg til ikke å ha tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av pasienter med psykisk lidelse, mangler noen å rådføre seg med. Med hensyn til tilgang på kompetanse er det imidlertid et bedre tilbud i forhold til pasientgruppen med behov for palliativ omsorg.

Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 sier at spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi ansatte i kommunehelsetjenesten råd og veiledning. Veiledningsplikten gjelder i forhold enkeltpasienter som kommunen har eller skal overta ansvaret for. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten er avgjørende for at kommunene skal kunne ta over oppfølgingen av pasientene, herunder pasienter som trenger palliativ omsorg og pasienter med psykisk lidelse (NOU 2005:3). I Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) står det at oppbygging av kompetanse og kompetanseutveksling er en viktig oppgave som spesialisthelsetjenesten skal bidra med (Helse- og omsorgsdepartementet).

Rekruttering og kompetanseutvikling til den kommunale helse-og omsorgstjenesten vil være et viktig fokusområde fremover på grunn av Samhandlingsreformen. Det vil bli behov for et betydelig antall årsverk innenfor denne sektoren for å sikre en faglig styrke av kommunehelsetjenesten, og etablering av tilbud i kommunene som skal fokusere på helsefremmede og forebyggende arbeid (Gammersvik og Larsen 2012).

I Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) står det at man må legge større vekt på å utdanne helsepersonell i kommunene som er en forutsetning for å oppfylle de krav som Samhandlingsreformen krever. I følge Stortingsmelding nr 13 kommer det tydelig fram at det er behov for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene (Kunnskapsdepartementet 2011 -2012). Opsahl et al (2012) skriver at hvis samhandlingsreformen skal gjennomføres etter den intensjonen den har må man styrke kompetansen blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Opsal et al. (2012) viser til land som vi sammenligner oss med, England, USA og Australia, har det vært utdannet sykepleiere med avansert klinisk kompetanse i flere tiår. Utdanning innenfor klinisk sykepleie finnes i over tretti land og i alle verdensdeler (ibid). Samhandlingsreformen vil sette nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer i utdanningene (Stortingsmelding nr 47, 2008-2009).

Ut fra rammeplanen for sykepleieutdanning bør man være godt forberedt på Samhandlingsreformen, men spørsmålet er om det er riktig (Gammersvik og Larsen 2012). Slik det er i dag kan hver enkelt utdanningsinstitusjon sette sitt preg på fagplanene og på bakgrunn av det vektlegger rammeplanens innhold ulikt (ibid).

I følge Gammersvik og Larsen (2012) har utdanningsinstitusjonene ansvar for å endre innholdet i fagplanen slik at den følger samfunnsutviklingen. Dette for å sikre at kompetansen utvikles i henhold til kravene i Samhandlingsreformen.

I Stortingsmelding nr 13 står det at Samhandlingsreformen gjør det nødvendig at man innenfor høyere utdanning har et sterkere fokus mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene både i grunn – og spesialistutdanningene (Kunnskapsdepartementet 2011-2012).

Informantene i studien opplever at tidligere utskrivelser av dårligere pasienter krever mer oppfølging. På grunn av at pasientene er dårligere ved utskrivelse blir det mange re-innleggelser. Dette er utfordrende da pasientene ofte skrives ut på kveld og helg, og at det da er følgelig mindre personale på jobb.

Å arbeide med pasienter med behov for palliativ omsorg er utfordrende da sykdomsbilde kan forandre seg raskt og at det kan være vanskelig å møte behovene deres. Akutte problemer og raske endringer i sykdomsbilde kan oppstå (Kaasa 2007). Informantene opplever at pasienter med psykiske lidelser er en gruppe som øker i omgang og som krever mye oppfølging. Det kom også fram i studien at nye pasienter som ikke har et kommunalt tilbud fra før krever mye. Derfor blir det ekstra viktig med god planlegging for å kartlegge deres behov og behov for oppfølging av hjemmebasert omsorg. Man opplever at det er vanskelig å få informasjon om denne pasientgruppen på grunn av taushetsplikt, noe som oppleves som frustrerende. I følge Vinge og Kilsmark (2009) etterlyser sykepleierne kompetent personale som kan komme med råd og være en støtte når man ikke makter å håndtere vanskelige oppgaver med denne pasientgruppen.

5.3 Opplevelse av ytre krav og indre forventninger til endringer

Pasientene skrives ut tidligere fra sykehuset noe som fører til at de er dårligere ved hjemkomst og krever mer oppfølging av hjemmebasert omsorg. Av den grunn kan det på sikt bli flere nye kliniske oppgaver i hjemmebasert omsorg. Funnene i denne studien viser imidlertid at mange av informantene ikke har opplevd de store endringene med hensyn til dette punktet. En årsak til dette kan selvsagt være at Samhandlingsreformen ennå er forholdsvis ny.

Vinge og Kilsmark (2009) hevder at sykepleiere i hjemmebasert omsorg i Danmark opplever en økning av flere oppgaver i hjemmene på grunn av tidligere utskrivelser, etter innføring av Strukturreformen som ble innført i 2007. Behovet for blant annet intravenøs behandling, dren, sonder, kateter og operasjonssår er oppgaver de har fått mer av (ibid). En av intensjonene ved Samhandlingsreformen er å få en oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og at disse oppgavene derfor kan øke for sykepleierne i hjemmebasert omsorg. Noen informanter i denne studien hadde forventning om å gi mer behandling hjemme, og opplever en skuffelse over at det ikke er blitt det. De av informantene som hadde erfart ytre krav til å påta seg nye faglige utfordringer var imidlertid opptatt av at det var vanskelig. Et eksempel var å sette seg inn i nye tekniske prosedyrer som var knyttet til pasientbehandlingen. Sykepleierne opplever at de har blitt pålagt et stort ansvar, mens de samtidig opplever at andre, som for eksempel spesialisthelsetjenesten, fraskriver seg ansvar. Informantene begrunner dette med at de opplever at alle andre har grenser, men ikke de i hjemmebasert omsorg. De opplever at de ”bare må ta i mot” de pasientene som meldt fra spesialisthelsetjenesten.

Studiens funn viser at pasientene er utskrivningsklare tidligere enn før, og informantene opplever et stort ansvar i forhold til dette. I forskrift om kommunal medfinansering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (Forskrift om medfinansering av spesialisthelsetjenesten 2011) er det lege på sykehuset som avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Weis et al. (2007) forklarer begrepet ‘utskrivningsklar’ som en evne til å skrives ut fra sykehuset og en opplevelse av å være eller ikke forberedt for utskrivelse. På grunn av tidlige utskrivelser opplever informantene i denne studien at pasientene er dårligere da de kommer hjem fra sykehuset. Sykepleierne opplever et større ansvar når pasientene skrives ut tidlig og at man ikke har fått planlagt utskrivelse på forhånd. Kripalani et al. (2007) skriver at etter utskrivelse fra sykehus opplever minst halvparten av innlagte pasienter at det er feil i medisiner og oppfølging. Informantene i den aktuelle studien opplever at når pasienter kommer hjem uten medisinalister og annen nødvendig dokumentasjon er det en krevende oppgave. Det blir mye ekstraarbeid og det er spesielt krevende i forhold til dårlige pasienter der sykdomsbilde og behovet for sykepleie kan endre seg raskt som for eksempel palliative pasienter og pasienter med psykisk lidelse. Utsagn fra sykepleiere som ikke opplevde utfordringer i forhold til pasientgruppene, tyder på at de syntes situasjonen var overkommelig, sett ut fra de behov pasientene har for

sykepleie. Variasjonene i beskrivelsene av informantenes opplevelser kan ha sammenheng med at de tilhørte i ulike arbeidslag innenfor hjemmebasert omsorg, med forskjellige pasientgrupper. Det er da ikke overraskende at arbeidspresset oppleves ulikt.

Informantene i studien opplever at når de får bedre tid til planlegging av hjemkomst blir det en bedre utskrivelse for pasientene. Overgangen fra sykehus til hjemmet kan oppleves som en sårbar fase i forhold til kontinuitet, og uønskede hendelser kan oppstå (Kripalani et al. 2007). I følge Schumacher og Meleis (1994) oppstår stress og emosjonelle plager i forbindelse med-overganger. Videre hevder de at det kan være opplevelse av angst, utrygghet, frustrasjon, depresjon, ambivalens og ensomhet (ibid). Pasienter med behov for palliativ omsorg og pasienter med psykisk lidelse er en sårbar gruppe og kan oppleve overgang fra sykehuset til hjemmet som spesielt vanskelig. Det er viktig at sykepleiere som arbeider i hjemmebasert omsorg er klar over dette og har kompetanse til å møte utfordringene.

I forskrift om kommunal medfinansering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det lege på sykehuset som avgjør når en pasient er utskrivningsklar (Forskrift om medfinansering av spesialisthelsetjenesten 2011). Weis et al. (2007) forklarer begrepet ”utskrivningsklar” som en evne til å skrives ut fra sykehuset og en opplevelse av å være eller ikke forberedt for utskrivelse.

Funn i studien viser at pasientene er utskrivningsklare tidligere enn før og informantene opplever et stort ansvar i forhold til dette. På grunn av tidlige utskrivelser opplever informantene i denne studien at pasientene er dårligere da de kommer hjem fra sykehuset. Informantene opplever et større ansvar når pasientene skrives ut tidlig og at man ikke har fått planlagt utskrivelse på forhånd

Informantene i studien sier at det er av stor betydning at de blir varslet tidlig om utskrivelse slik at de har mulighet til å planlegge hjemkomst for pasientene. Samhandlingsreformen er ny i Norge, men andre land som for eksempel Sverige som vi kan sammenligne oss med, har kommet lenger med implementeringen av reformen.

Første skritt i utskrivelsesprosessen i Sverige er at sykehuset sender en innkalling til et fellesmøte som skal gjennomføre en ”vårdplanering”. Et viktig krav er at kommunen skal

svare på innkallelsen seneste dagen etter at innkallelsen er mottatt. ”Vårdplanen” utarbeides i samarbeid mellom representanter fra sykehus og kommune, og pasient og pårørende (Otterstad 2011).

I Sverige har kommunene, pasient og pårørende en sterkere rolle fordi de er mer aktivt inne i utskrivelsesprosessen. I Norge synes sykehusene å ha en mer styring med utskrivningsprosessene, mens kommunene blir den svake part (Otterstad 2011). Dette bekreftes av informantene i denne studien da de opplever at hjemmebasert omsorg ikke er delaktig i planleggingen av utskrivelsesprosessen av pasienten. Informantene opplever derimot at pasienter med behov for palliativ omsorg ikke bare blir skrevet ut fra sykehuset, men at de har en god samhandling med palliativt team på sykehuset, og at utskrivningsprosessen blir mer planlagt. Imidlertid opplever informantene det motsatte i forhold til pasienter med psykisk lidelse der hjemme basert omsorg ikke blir informert om at pasientene er skrevet ut fra sykehus. For å fremme god helse for pasientene må sykepleier legge til rette for en god overgang (Meleis 2010). God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er avgjørende for vellykket medisinsk behandling i denne perioden (Spehar et al. 2010). Atwal (2002) skriver at sykepleierne har en sentral rolle i utskrivelsesprosessen. Videre skriver Atwal (2002) at en sykepleier først etter at hun hadde vært involvert i en utskrivelsesprosess med et katastrofalt utfall hadde lært å planlegge utskrivelsesprosessen.

Informantene i studien opplever ikke å ha vært i en endringsprosess som følge av innføring av Samhandlingsreformen. Det var heller ikke noe informasjon i forkant fra kommunenes sin side før den ble innført 01. januar 2012. En studie viser at hvor god kunnskap helsepersonell har til nye retningslinjer og dens innhold vil påvirke hvordan de vil bruke retningslinjene (Francke et al. 2008). Andre studier viser at en suksessfull introduksjon av kliniske retningslinjer er avhengig av mange faktorer og metoder for å spre, utvikle og implementere disse retningslinjene (Grimshaw og Russell 1993). Største hinder for implementering er at man har mangel på støtte fra sine overordnede (Francke et al. 2008). I etterkant av at reformen ble innført har informantene deltatt på møter der man har sett på hvordan en skal jobbe med blant annet kompetanseutvikling. Informantene har en generell oppfatning av at kommunene sliter etter innføringen av Samhandlingsreformen, men at reformen er nyoppstartet og må gå seg til. Informantene har en opplevelse av at pasientene

ikke betyr noe, og at det før reformen ble tatt mer individuelle hensyn til hver enkelt pasient. Imidlertid opplever informantene allikevel å ha en positiv intensjon i forhold til Samhandlingsreformen.

Helsepersonell går i gjennom vanskelige organisatoriske endringer, eller overganger, i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen. Implementering av nye retningslinjer vil kreve mye opplæring og kan for mange være vanskelig (Meleis 2010). Ved å ha kunnskap og forståelse om egenskapene som omhandler overgangsprosessen kan sykepleiere medvirke til å lette overgangen for pasientene (ibid). I følge Schumacher og Meleis (1994) skriver Johnson et al. (1992) og Kenner & Lott (1990) at når en organisasjon er i en omorganisering så er samhandling mellom personer eller delsystemer i organisasjonene med på å forenkle eller vanskeliggjøre prosessen. Schumacher og Meleis (1994) påpeker at dette bekreftes i flere studier. Samarbeid, effektiv kommunikasjon og støtte fra sentrale personer og grupper bidrar til et miljø der overgangen kan håndteres effektivt. Omfattende planlegging ser ut til å bidra til å skape en jevn og sunn overflytting (Kerfoot et al. 1988). Schumacher og Meleis (1994) mener at effektiv planlegging krever omfattende identifisering av problemene og behov som kan oppstå under en overgang. Nøkkelpersoner i en organisasjon må identifiseres og inkluderes, og bidra til å gi støtte. Schumacher og Meleis (1994) hevder at kommunikasjon mellom nøkkelpersonene er et sentralt element i planleggingen.

Individens holdning til en endring er en av mange faktorer som vil påvirke implementering av endringsprosessene. Når endringene blir vurdert av enkeltpersoner vil man da vanligvis vurdere hvor kompleks alt er, og hvor vanskelig det er å la seg gjennomføre. Det har også sammenheng med hvor tydelig endringene er og hvor raskt de vil komme (Grol, Wensing og Eccles 2005). Studiens funn viser at informantene ikke opplevde å være inkludert i endringsprosessen som Samhandlingsreformen medfører. Dette kan føre til at man blir mindre motivert til å engasjere seg, og mindre positiv til Samhandlingsreformen. Flere motivasjonsfaktorer kan være relevante for å oppnå endring, så det bør derfor være en plan for gjennomføringen av endringsprosessene (ibid). Imidlertid viser funn i studien at man er positiv til Samhandlingsreformens overordnede hensikt, og de endringene den fører med seg. Sykepleiere i hjemmebasert omsorg er de som er nærmest pasientene. Det vil derfor være viktig at deres syn på omorganiseringer kommer fram (Fjørtoft 2006).

5.4 Overgangsprosesser med misforhold mellom ansvar, kompetanse og innflytelse

Funnene presenteres som ni subkategorier og tre kategorier, som bygger på utsagn om opplevelser som sykepleierne i hjemmebasert omsorg har hatt i tilknytning til innføring av Samhandlingsreformen. Et tema beskriver det latente, eller uuttalte i informantene beskrivelser. Dette oppfattes som å være beskrivelser av å være midt i en overgangs- eller endringsprosess, hvor det er et misforhold mellom mange forhold knyttet til ansvar, kompetanse og innflytelse.

Informantene beskriver et misforhold mellom opplevelsen av pålagt og forventet ansvar etter innføring av Samhandlingsreformen. Noen hadde gledet seg til flere nye og utfordrende sykepleieoppgaver, men hadde erfart at deres kompetanse ikke ble etterspurt eller benyttet. Andre opplevde at kravene overstiger den kompetansen de selv eller andre i kommunehelsetjenesten kunne innfri. Pasientene skrives ut tidligere enn før fra sykehuset. Pasientene er dårligere og de krever derfor mer tjenester av hjemmebasert omsorg. På bakgrunn av dette opplever informantene større ansvar og flere oppgaver i forbindelse med utskrivningsklare pasienter, uten at de har blitt tilført flere ressurser i form av kompetanse eller behandlingsutstyr.

Det er også beskrevet et misforhold mellom det personalet i spesialisthelsetjenesten, pasienter og pårørende oppfatter at kommunehelsetjenesten kan tilby, og det som er det reelle tilbudet. Sykepleierne i spesialisthelsetjenesten har ellers bedre tilgang på spesialkompetanse enn sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Dette oppfattes som et misforhold i en situasjon hvor ansvaret for flere og dårligere pasienter overføres til hjemmebasert omsorg.

Et misforhold knyttet til selve utskrivningsprosessen, var misforhold mellom rapportert og opplevd pasientsituasjon. På den ene siden opplever sykepleierne økt krav til omfang på dokumentasjon, men dette samsvarer ikke med kvaliteten på den dokumentasjonen som foreligger mellom tjenestenivåene.

Sykepleierne opplever også at de får instruksjoner fra spesialisthelsetjenesten, uten å føle at de har noen innvirkning på beslutninger som tas. På denne måten opplevs et misforhold mellom pålagt ansvar og mulighet for innflytelse. Informantene er bevisst at reformen er

forholdsvis ny, og at kommunene ikke har rukket å forberede seg. Det påpekes imidlertid at reformen har vært planlagt i flere år. Samtidig kan man se på endringsprosessen som en overgang til noe bedre. For at man skal oppnå bedre kvalitet på helsetjenester er man nødt til å gå gjennom endringer.

5.5 Metodediskusjon

Troverdighet i vitenskapelig arbeid handler om at studien skal undersøke det den er ment å undersøke (Graneheim og Lundmann 2004). Troverdighet beskrives med bekreftbarhet, gyldighet, overførbarhet og pålitelighet (ibid). Krav til troverdighet i vitenskapelige studier omfatter alle trinnene i forskningsprosessen, og denne diskusjonen vil følge disse trinnene.

Når man utfører en studie er ønske å få fram ny kunnskap, og dette kan betraktes som en nyttig. Når en studie skal planlegges må alltid nytteverdien veies opp mot eventuell risiko eller skade for involverte aktører. Nytteverdien i denne studien var i utgangspunktet god, og innebar liten risiko. I ettertid kan en se at studien kunne ha blitt foretatt på et senere tidspunkt, da Samhandlingsreformen nylig hadde blitt innført da intervjuene fant sted. Det kan imidlertid være av nytte for planlegging av fremtidige reformer å ha tilgang på funn fra denne type studier. Hensikten med denne studien er å beskrive sykepleiers opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av Samhandlingsreformen 01. januar 2012. I forhold til hensikten med studien var kvalitativ tilnæringsmetode hensiktsmessig (Polit og Beck 2008).

Å søke etter kunnskapsgrunnlag for å belyse tema og problemstilling er en viktig del av forskningsprosessen. Introduksjonen med teoretisk grunnlag i er ikke veldig omfattende denne oppgaven. Det kan begrunnes med at det har vært lite forskning å finne i forhold til Samhandlingsreformen, siden det er en ny reform. Forfatterne har imidlertid satt seg inn i tilsvarende reformer i Sverige og Danmark, som er land Norge kan sammenligne seg med, og mener å ha presentert dette tilstrekkelig. Lover og retningslinjer som styrer Samhandlingsreformen, og helsetjenesten generelt, er også viktige for å forstå sammenhenger i den virkeligheten som informantene erfarer. Dette er det gjort godt rede for i introduksjonen.

I en kvalitativ studie er det viktig at studien undersøker det den er ment og skulle undersøke (Graneheim og Lundmann 2004). Dette handler om gyldighet (Polit og Beck 2008). Utvalget har stor betydning for gyldigheten, da det er essensielt at informantene faktisk har erfaring med det de skal uttale seg om. På forhånd var det bestemt at det var sykepleiere i hjemmebasert omsorg som skulle delta. Inklusjonskriterie var sykepleiere med minst fire års erfaring fra hjemmebasert omsorg. Det var også et håp om å rekruttere sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie og videreutdanning i psykiatri, men det ble få sykepleiere med videreutdanning i det endelige utvalget. Dette kan hevdes å være et representativt utvalg fra hjemmebasert omsorg, da det vanligvis er få sykepleiere som har spesialutdanning. For å kunne utføre en studie er det nødvendig at man har frivillige informanter som ønsker å delta og som vil dele sine opplevelser. Dette er også et grunnleggende forskningsetisk prinsipp (Polit og Beck 2008).

En styrke ved studien kan være at det var variasjon i utvalget som handler om alder og arbeidserfaring. Graneheim og Lundman (2004) sier at det er vesentlig at utvalget har ulik erfaring, fordi dette gir et mer variert bilde på forskningsspørsmålene.

Når en skal utføre en studie har en med seg sin egen bakgrunn og erfaring, noe som kan være med på å påvirke hvordan man innhenter og leser data. Denne bakgrunnen kan bidra til å styrke prosjektet, men det kan også bli en tung bær hvis en ikke klarer å se det nye som opptrer i sammenhengen (Malterud 2008). Forfatterne av denne studien gjorde seg til kjenne med sin bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan ha medvirket til at informantene svarte slik de gjorde på spørsmålene, eller om de eventuelt holdt tilbake informasjon. I ettertid ser en at bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten kan være en styrke å møte sykepleiere i hjemmebasert omsorg uten å ha egen erfaring fra kommunehelsetjenesten.

Under intervjuene delte forfatterne på å være intervjuer og observatør. Observatør kommenterte ikke eller stilte spørsmål når intervjuet pågikk. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at for å utføre et kvalitativt intervju forutsetter at man har god trening i dette. En svakhet kan derfor være at ingen av forfatterne hadde særlig erfaring med å intervju, slik at man måtte tilegne seg kunnskap om dette på forhånd. Hele prosessen fra intervju, transkribering og analysen forsøkt beskrevet så detaljert, ærlig og oppriktig som mulig.

Dette kan beskrives som en styrke for studien. Det kan også være en styrke for studien at en var to forfattere som deltok under intervjuprosessen.

Pålitelighet sier noe om nøyaktig og konsistensen i en studie (Polit og Beck 2008). Det er viktig at en har opptaksutstyr som sikrer lyd kvaliteten slik at den er god. Hvis lyd kvaliteten er av dårlig kvalitet kan det føre til uriktige nedtegninger og analyse av data (ibid).

Imidlertid kan det gå utover kreativ tenkning og variasjon hvis man fokuserer for mye på pålitelighet (Kvale og Brinkmann 2009). Under transkriberingsarbeidet ble det forsøkt å gjengi ordrett det informantene hadde sagt. Dette ble gjort innen fire dager etter at intervjuene fant sted. Dette ble skrevet på bokmål for å anonymisere informantene.

Det er viktig at det er en felles forståelse mellom den som intervjuer og informanten (Polit og Beck 2008). Det er av stor betydning at intervju spørsmålene som har blitt stilt har gitt svar på det en faktisk ønsket. Erfaringen var at noen informanter hadde behov for gjentagelse av spørsmålet. Ut ifra svarene forstod man at informantene hadde forstått spørsmålene.

Overførbarhet vil si noe om funnene man har i en studie har gyldighet utover den sammenhengen og utvalget den er i og om de kan anvendes i andre situasjonen (ibid). Forfatterne av denne studien mener at resultatene viser at dette kan være overførbart til andre organisasjoner som er i en endringsprosess.

6.0 KONKLUSJON

Samhandlingsreformen er en stor reform som innbefatter mange aktører. Hensikten med reformen var ikke at alt skulle være på plass da den ble innført 01. januar 2012. Det er en ambisiøs reform med gode intensjoner. Ved å innføre en så omfattende reform som Samhandlingsreformen er, burde man ha inkludert sykepleiere i kommunehelsetjenesten i endringsprosessen på et tidligere tidspunkt.

En av intensjonene med Samhandlingsreformen er at pasientene skal få bedre behandling der de bor. Det skal lønne seg for sykehus og kommune å samarbeide. Gjennom arbeidet med studien viser det seg at det er store forbedringspotensialet på områder som er blitt diskutert.

Det kan virke som om ansvaret mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten ikke er ordentlig avklart og at det er mye fokus på økonomi.

For pasientgruppene som er nevnt i studien er det viktig med en god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å få en bedre forståelse og unngå misforståelser seg imellom, bør sykepleiere i hjemmebasert omsorg inkluderes i utskrivelsesprosessen til pasientene som skrives ut fra sykehus.

Endringer i kjølvannet av Samhandlingsreformen fører til nye og utfordrende oppgaver for sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Behovet for økt kompetanse bør derfor styrkes. Dette setter også nye krav til endringer i utdanningene.

Forventningen er at spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetanseutveksling og oppbygging av kompetanse i kommunehelsetjenestene.

Forslag til videre studier kan være å se på samme tema som denne studien representerer, med de samme spørsmålene som er benyttet i denne studien. Dette for å undersøke om det er blitt forbedringer etter at Samhandlingsreformen ble innført.

Referanser

- Atwal, A. (2004) Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. I: *Journal of Advanced Nursing* 39(5), s. 450-458.
- Birkeland, A. og A. M. Flovik (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Borge, L. (2010) Psykisk helsearbeid i nye sko. I: Almvik, A. og L. Borge (red.). *Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 32-53.
- Carlsen, K. C.L. og A. Staff (2009) *Forskningshåndboken. Fra ide til publikasjon*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Duggleby, W. D, K. L. Penz, D. M. Goodridge, D. M. Wilson, B. D. Leipter, P. H. Berry, S. R. Keall og C. Justice (2010) The transition experience of rural older persons with advanced can and their families: a grounded theory study. I: *BMC palliative care* 9:5 [online]. DOI: 10.1186/1472-684X-9-5 (19.09.2012).
- Elo, S, og H. Kyngäs (2008) The qualitative content analysis process. I: *Journal of Advanced Nursing* 62(1), s. 107-115.
- Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2011) [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/content/337889/SSNs%20etiske%retningslinjer> (25.01.2012).
- Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html> (17.06.2012).
- Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj. (2011) *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* [online]. URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html> (06.05.2012).
- Fjørtoft, A.K (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Francke, A. L. M. C. Smit, A. J. E. de Veer og P. Mistiaen (2008) Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. I: *BMC Medical Informatics and Decision Making* 8(38) [online]. DOI: 10.1186/1472-6947-8-38 (03.10.2012).
- Gadamer, H. G. (1989) *Truth and method*. London: Sheed & Ward Ltd and The Coninium Publishing Group.
- Gammervik, Å. og T. Larsen (2012) *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Graneheim, U. H. og B. Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Grimshaw, J. M. og I. T. Russell (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. I: *Lancet* 342 (11), s. 1317-1322.
- Grol, M., M. Wensing og M. Eccles (2005) *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*. Edinburgh: Elsevier.
- Halasyamani, L., S. Kripalani, E. Coleman, J. Schnipper, C. van Walraven, J. Torcson, T. Bookwalter, T. Budnitz og D. Manning (2006) Transition of care for hospitalized elderly patients-development of a discharge checklist for hospitalists. I: *Journal of Hospital Medicine*, 1(6), 354-360.
- Helsedirektoratet (2012) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. [online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publisjoner/> (22.04.2012).
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html> (12.01.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St.meld.nr 25 (1996-97). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (1997) *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan*. NOU 1997:20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld.nr 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. St.meld. nr 13 (2011-2012). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> (17.06.2012).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (17.06.2012).

Kaasa, S (2007) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal.

Kripalani, S., A. T. Jackson, J. L. Schnipper og E. A. Coleman (2007) Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. I: *Journal of Hospital Medicine* 2(5), s. 314-323.

Kunnskapssenteret (2012) [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no> (20.01.2012).

Kvale, S. og S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindseth, A. og A. Norberg (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(2), s. 145-153.

- Lindström, U. og L. Lindholm (2003) Kontext och meningssammanhang. I: Eriksson, K. og U. Lindström (red.) *Klinisk vårdvetenskap*. Åbo: Institution for vårdvetenskap, samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Åbo Akademi, s. 31-39.
- Malterud, K. (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory*. New York: Springer.
- Nortvedt, M.W., G. Jamtvedt, B. Graverholt og L.M. Reinart (2008) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Opsahl, G., B. A. Solvoll og V. Granum (2012) Forførende samhandlingsreform. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 100(3), s. 60- 63.
- Otterstad, H. K. (2011) Hva kan vi lære av svensk samhandling? I: *Tidsskriftet Sykepleien* 99(14), s.58 – 60.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (23.01.2012).
- Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-20000414-031.html> (23.01.2012).
- Polit, D. og C.T. Beck (2008) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schröder, A., G. Ahlström og B. W. Larsson (2006) Patients`perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. I: *Journal of Clinical Nursing* 15(1), s. 93-102.
- Schumacher, K. L og A. I. Meleis (1994) Transitions: A Central Concept in Nursing. I: *Journal of Nursing Scholarship* 26 (2), s. 119 – 122.
- Shepperd, S., J. McClaran, C.O. Phillips, N.A. Lannin, L.M, Clemson, A. McCluskey, I.D. Cameron og S.L. Barras (2010) Discharge planning from hospital to home. I: *The Cochrane collaboration*. Issue 1. [online]. URL: DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub3 (14.03.2012).

Slettebø, Å (2005) *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Spehar, A. M., R. R. Campbell, C. Carron, P. Palacios, D. Scott, J. L. Baker, B. Bjornstad and J. Wolfson (2005) *Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home*. I: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Rockville: Agency for health care research and quality.

Speziale, H. J. S og D. R. Carpenter (2007) *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Standard for palliasjon (2004) *Norsk forening for palliativ medisin*.

Synnes, M. og T. B. Thoresen (2011) Hvor forberedt er sykepleierne? I: *Tidsskriftet Sykepleien* 99 (2), s. 72-73.

Vinge, S. og J. Kilsmark (2009) Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. I: *Dansk Sundhedsinstitut*, 3, s. 3-106.

Wallerstedt B. og B. Andershed (2007) Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(1), s. 32-40.

Whittemore, R. og G. D. Melkus (2008) Designing a Research Study. I: *The Diabetes Educator* [online] URL: DOI: 10.1177/0145721708315678 (27.09.2012).

Weiss, M., L.B. Pacentine, L. Lokken, J. Ancona og J. Archer (2007) Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. I: *Clinical Nurse Specialist* 21 (1), 31L-42L.

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

”Pasienten i sentrum for samhandling”

Vi er to masterstudenter ved Høgskolen i Gjøvik, med hver vår spesialutdanning innen kreft og psykiatri. Dette er en forespørsel om å få intervju sykepleiere i hjemmebasert omsorg som ledd i vår masteroppgave.

Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av samhandlingsreformen 01. januar 2012.

Problemstilling: *Hvordan opplever sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter med psykiske lidelser og pasienter med behov for palliativ omsorg etter at samhandlingsreformen ble innført?*

For å få data til studien skal det gjennomføres intervju av sykepleiere med videreutdanning i kreftomsorg/palliasjon og psykiatri, og sykepleiere med erfaring (minst 4 år) i hjemmebasert omsorg.

Det vil bli brukt en diktafon under intervjuet, og en observatør vil være til stede for å ta notater. Intervjuet vil ta ca 60 minutt og vi blir enige om tid og sted for gjennomføringen.

Det er ønskelig at du som leder deler ut informasjonsbrev og samtykkeerklæring (med svarkonvolutt) til de sykepleiere som er aktuelle.

Håper på positiv tilbakemelding fra dere (se svarfrist).

Har dere spørsmål til studien kan dere ringe oss på tlf Siv Anita Bye 41235809 eller Bente Martinsen 99630548, eller sender oss en e-post:

siv.bye@hig.no

bente.martinsen@hig.no

Med vennlig hilsen

Siv Anita Bye og Bente Martinsen
Masterstudenter 2012

Solveig Struksnes
Veileder

Er du interessert i å delta i en studie?

”Pasienten i sentrum for samhandling”

Vi er to masterstudenter ved studiet Master i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Vår bakgrunn er at vi er spesialsykepleiere innenfor psykiatrisk og palliativ sykepleie. Vi ønsker å gjennomføre vår masteroppgave innenfor hjemmebaserte tjenester i forbindelse med at Samhandlingsreformen er innført.

Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres opplevelser knyttet til å arbeide i hjemmebasert omsorg etter innføring av samhandlingsreformen 01. januar 2012.

Problemstilling: Hvordan opplever sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha ansvaret for nylig utskrevne pasienter med psykiske lidelser og pasienter med behov for palliativ omsorg etter at samhandlingsreformen ble innført?

Hva innebærer studien? Vi ønsker å gjøre intervjuer med sykepleiere i hjemmebaserte tjenester.

Hvem ønsker vi å intervjuer? Sykepleiere i hjemmebaserte tjenester, som har videreutdanning i kreftomsorg, palliasjon eller psykiatri. Eller: Sykepleiere med minst 4 års erfaring i hjemme basert omsorg.

Hva innebærer det å delta? Intervjuet varer ca en time og vil bli tatt opp på diktafon. Vi planlegger å intervjuer 14 sykepleiere. Hvis flere enn 14 personer er interessert i å delta, vil det bli foretatt et utvalg ut fra ønske om å få mest mulig variasjon i deltagergruppen.

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. All informasjon om og fra deg vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Utenom undertegnede er det bare veileder ved Høgskolen i Gjøvik som vil ha tilgang til materialet. Resultatene (masteroppgaven) vil bli presentert på en slik måte at du som enkeltperson ikke vil kunne bli identifisert.

Din deltagelse er selvsagt helt frivillig. Du kan når som helst i intervjuet eller etter intervjuet trekke deg uten å oppgi noen grunn for det.

Alle data fra studien vil bli slettet da masteroppgaven er avsluttet og publisert. Dette vil etter planen skje innen våren 2013. Du vil få et eksemplar av oppgaven når den er avsluttet og bestått. Studien er for øvrig godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Vi retter herved forespørsel til deg om du ønsker å delta. Dersom du ønsker å delta ber vi om at dette bekreftes skriftlig på neste side.

Samtykkeerklæring

Deltagelse i studie om sykepleiernes opplevelser av ”pasienten i sentrum for samhandling”

Jeg samtykker i å delta i denne studien.

Dato: Navn:

Telefon:

Email:

Har du noen spørsmål så er du velkommen til å ta kontakt med oss, eller vår veileder ved Høgskolen i Gjøvik, Solveig Struksnes Tlf. 91568858.

Med vennlig hilsen

Siv Anita Bye Tlf:41235809. siv.bye@hig.no

Bente Martinsen Tlf: 99630548. [bente.martinsen@hig](mailto:bente.martinsen@hig.no)

INTERVJUGUIDE

Hvordan opplever du å jobbe som sykepleier i hjemmebasert omsorg med ansvaret for nylig utskrevne pasienter i palliativ fase/pasienter med psykiske lidelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva opplever du som utfordrende ved det å ta imot en nylig utskrevet pasient?

Hvilke utfordringer har det generelt vært med implementeringen av samhandlingsreformen?

Hva er bra og ikke bra i forhold til samhandlingen med sykehuset?

Har du eventuelt noen synspunkter på hva som kunne vært gjort annerledes?

Hva slags oppfatning har du som sykepleier ved å få til samhandling ved utskrivelse av pasient fra sykehus?

Vedlegg 5 Individuelt notat Bente Martinsen

Redegjørelse av individuelt bidrag til masteroppgaven

Bente Martinsen

Masteroppgaven er skrevet i samarbeid med Siv Anita Bye. Dette er en redegjørelse som beskriver prosessen fra vi ble enige om å skrive masteroppgaven sammen til det endelige produktet vi nå leverer.

Den første utfordringen vi møtte var å finne et tema vi begge hadde interesse av og hadde lyst til å fordype oss i. Vi hadde lyst til at begge våre videreutdanninger skulle være med i masteroppgaven. Vi diskuterte mange temaer før vi kom fram til det endelige temaet som vi begge hadde interesse av å fordype oss i. Etter første møte med vår veileder Solveig Struksnes var temaet for oppgaven klarert, og vi kunne starte arbeidet.

Vi skrev forskningsplanen sammen. Forskningsartikler lagt til grunn for forskningsplanen ble søkt etter i fellesskap. Utforming av søknader gjorde vi også i fellesskap.

Da forskningsplanen var godkjent av NSD begynte vi arbeidet med å utforme spørreskjemaer og informasjonsbrev. Vi har intervjuet i to ulike kommuner. Vi ble enige om å dele kommunene mellom oss med tanke på å ta første kontakt og dele ut informasjonsskriv til avdelingsledere. Begge måtte ta kontakt med de respektive kommunene flere ganger for å få nok informanter. Jeg avtalte tidspunkt for intervju med halvparten av informantene i studien. Intervjuene foregikk ved at vi byttet på å være intervjuer og observatør. Begge var tilstede under alle intervjuene.

Vi transkriberte våre intervjuer hver for oss. Transkriberingen skjedde umiddelbart etter intervjuene og var ferdig transkribert før det hadde gått fire dager etter intervjuet. Etter transkriberingen byttet vi materiale slik at vi begge fikk en helhetsforståelse av alle intervjuene. Forberedelsen til analysen og analyseprosessen valgte vi å gjøre i fellesskap. Vi var begge enige i de kategorier og subkategorier vi endte opp med i studien. Det samme med tema vi endte opp med.

Det meste av masteroppgaven er skrevet i fellesskap av oss begge. Temaer har begge kommet med forslag om. Vi fordelte temaene om palliasjon og psykisk lidelse mellom oss. Siv Anita skrev om palliasjon fordi hun har videreutdanning i kreftsykepleie, og jeg med videreutdanning i psykiatri skrev om psykisk lidelse. Jeg har også søkt forskning på dette området. Siv Anita har hatt hovedansvaret for å skrive om implementering og transition, men vi har begge gått gjennom det som har blitt skrevet. Jeg har skrevet om kommunehelsetjenesten og satt meg inn i aktuell litteratur omkring dette. Det som er skrevet er godkjent av oss begge.

Vi har møttes hyppig gjennom skriveprosessen av masteroppgaven. De dagene vi ikke har hatt mulighet til å treffe hverandre, har vi gjennom mail sendt forslag til forskjellige løsninger / utkast. Det har også vært mange telefoner og SMS i denne perioden. Hver for oss har vi lest i gjennom og markert det vi har lurt på. Dette har vi gått i gjennom i fellesskap og kommet til enighet.

Kapitlene om studiens hensikt, design og metode, funn, diskusjon, konklusjon og veien videre er skrevet av oss begge i fellesskap.

Analyse- og masterseminar har vært nyttig for skrivingen av oppgaven. Tilbakemeldinger fra medstudenter og veiledere tok jeg med meg tilbake da jeg fortsatte skrivingen av oppgaven. Samarbeidet med veileder Solveig Struksnes har vært til stor inspirasjon og hjelp.

Det har vært en utfordrende prosess å skrive en så omfattende studie sammen. Både fordi det skulle passe i forhold til jobb og familie, men også fordi en har ulike synspunkter på hvordan en oppfatter ting. Det har vært mange nyttige diskusjoner underveis, og jeg føler at vi har kommet til en enighet som gjør at vi begge står inne for det som er skrevet i masteroppgaven. For meg personlig har det vært en god læring å skrive oppgaven med Siv Anita og jeg har mye mer kunnskap om palliasjon og sykepleie til palliative pasienter.

Vedlegg 6. Individuelt notat Siv Anita Bye

Redegjørelse av individuelt bidrag til masteroppgaven

Siv Anita Bye

Dette individuelle bidraget vil redegjøre for min rolle i arbeidsprosessen frem til en ferdig masteroppgave.

Masteroppgaven er skrevet i samarbeid med Bente Martinsen som har sin videreutdanning innenfor psykiatri.

Arbeidsprosessen begynte med utveksling av ideer om tema i forhold til hva man kunne skrive om. Vi mente at det kunne være interessant og spennende å skrive masteroppgave sammen med hver sin spesialisering innenfor kreftsykepleie og psykiatri.

Man endte opp i et tema av felles interesse og som engasjerte begge. Etter godkjenning fra veileder begynte arbeidet med utarbeidelse av forskningsplanen. Denne ble utarbeidet sammen. Det ble også utarbeidet en arbeidsplan frem til ferdig masteroppgave. Etter at forskningsplanen var ferdig og godkjent av NSD jobbet man videre med oppbygningen av masteroppgaven.

Søknadsskjemaene ble utarbeidet sammen men man fordelte det praktiske arbeidet mellom seg. Ved førstegangskontakt med informantene ble disse også fordelt seg imellom. Jeg avtalte tid og sted for intervjuene for halvparten av informantene. Intervjuene foregikk også ved at disse ble fordelt mellom oss med bytte på av å være intervjuer og observatør. Transkriberingen ble også fordelt. Dette ble gjort mindre enn fire dager etter intervjuene. Dette var også en tidkrevende arbeidsprosess hvor jeg lyttet på opptaket flere ganger og at dette igjen ble gjentatt etter transkriberingen. Det var hyppige møter for å gjennomgå det man hadde arbeidet med og for å se om det var en progresjon framover.

Aktuelle temaer kom begge med innspill til. Temaer i masteroppgaven som palliativ omsorg og omsorg for pasienter med psykiske lidelser ble fordelt. Med videreutdanning i kreftsykepleie var det naturlig at jeg skrev om palliativ omsorg og søkte forskning på dette området. Har også skrevet om implementering og transition og lest litteratur og forskning på dette området. Jeg synes det har vært lærerikt å sette seg inn i dette området og man lærer seg å se endringer i en sammenheng.

Bente har videre skrevet om kommunehelsetjenesten. De andre temaene har man vekselvis skrevet sammen og hver for seg. I etterkant møttes man for å gå igjennom hverandres arbeide rundt temaene, diskutere og komme med sine synspunkter.

Utenom møtene har det kontinuerlig vært en utveksling via mail med utkast av masteroppgaven. Disse er blitt gjennomgått og jeg har markert med tusj ved ting jeg stilte spørsmål ved eller om man kunne ha formulert seg annerledes. Dette ble tatt opp når man møttes og man kom frem til en løsning som begge var enige i.

Resultatdelen og diskusjonsdelen er skrevet sammen. Diskusjonsdelen har også vært den mest krevende delen og skrive i denne masteroppgaven.

Deltakelse på analyseseminar og masterseminar etter at jeg begynte skrivingen på selve masteroppgaven har jeg sett på som svært nyttig. Jeg synes det har vært fint å få konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet man har gjort og innspill til hva man eventuelt kan sette seg grundigere inn i. Dette har bidratt til at man har fått tips til noe man selv ikke har tenkt på. Etter at forskningsplanen var ferdig og godkjent av NSD jobbet man videre med oppbygningen av masteroppgaven. Etter at forskningsplanen var ferdig og godkjent av NSD jobbet man videre med oppbygningen av masteroppgaven. Etter at forskningsplanen var ferdig og godkjent av NSD jobbet man videre med oppbygningen av masteroppgaven. Konstruktive tilbakemeldinger fra veileder Solveig har også vært nyttig å ha tatt med seg gjennom arbeidsprosessen med masteroppgaven.

Jeg ser tilbake på en utfordrende men lærerik arbeidsprosess. Resultatet av denne arbeidsprosessen som endte opp i denne masteroppgaven er jeg fornøyd med å levere fra meg.