



Fakultet for medisin og helsevitenska
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

En kartlegging av samhandling og kommunikasjonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten relatert til sårbehandling

Kandidatnummer: 10117

Antall ord: 4948

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å kartlegge kommunikasjonen og samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, relatert til kroniske leggsår.

Studiens problemstilling er: «*Gir samhandlingen og kommunikasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten et helhetlig tilbud for pasientene, i forhold til oppfølging av kroniske leggsår?*»

Dette er en kvalitativ studie der det er benyttet semistrukturerte intervjuer. Det ble utført intervjuer med sykepleiere fra ulike soner hjemmetjenesten og sykehuset i samme kommune. Det ble gjort en meningsanalyse av datamaterialet fra intervjuene. Data fra intervjuene ble analysert og brukt etter metoden fra Kvale og Brinkmann (2015).

Pasienter med kroniske leggsår blir i dag behandlet både av kommunal og spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at disse pasientene ikke alltid får den helhetlige oppfølgingen de trenger for at såret deres skal leges (15). Dette er uheldig da det koster samfunnet mye penger i sårutstyr og medfører ekstra arbeid for helsevesenet (9, 18). I tillegg kommer det menneskelige lidelser når sår til denne pasientgruppen ikke blir bedre (3, 4, 15). Universitetssykehuset ønsket å finne ut av årsakene til at samhandlingen og kommunikasjonen med kommunen ikke er optimal.

Noen av informantene mente at samarbeidet gikk bra, mens majoriteten hevdet at det var problematisk og rom for forbedring på flere områder.

Hovedproblemstillingene som ble avdekket i studien var ulike leverandører på sårutstyr, mangel på metoder for enkel og direkte kommunikasjon, sårprosedyrer som er vanskelig å skjønne selv for fagpersonell, mangel på kontinuitet og begrensede ressurser samt krevende arbeidsforhold for hjemmetjenesten. Dette fører til at flere pasienter med kroniske leggsår ikke får et helhetlig tilbud.

Det er gjennom tiltak som utveksling av telefonnummer for enklere kommunikasjon, mer internundervisning for hjemmetjenesten angående sår, begrense ansvaret for behandlingen på færre pleiere og oppslagsverk for samsvar i sårutstyr at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kan bli mer vellykket.

Abstract

The aim of this study was mapping the communication and interaction between the health specialists and the municipality, regarding chronic leg ulcers.

The study's main topic is: *"Does the interaction and communication between the specialist- and municipal health services give a comprehensive offer to the patients, regarding the follow-up of venous and mixture-ulcers?"*

This is a qualitative study utilizing semi-structured interviews. Nurses from the homecare of three different zones in the municipality, and the hospital were interviewed. It was done an opinion-analysis of the data from the interviews. The data from the interviews was analysed and used with the method from Kvale and Brinkmann (2015).

Most patients with chronic leg ulcers alternate between both municipal and specialist health services in Norway. Research shows that these patients does not always get the comprehensive follow-up needed for their wound to heal (15). This is unfortunate due to the high cost of wound equipment and causing extra workhours for the healthcare services, when these wounds do not heal (9, 18). In addition to human suffering when this group of patients does not get well (3, 4, 15). The hospital wished to figure out the reasons of why the interaction and communication with the municipal were not favourable.

While some of the informants meant that the cooperation went well, the majority claimed that it was problematic and room for improvement in several areas.

The main issues revealed in the study were different suppliers of wound equipment, a lack of methods for easy and direct communication, wound-procedures that are hard for even professionals to understand and the limited resources of the home care. This causes numerous patients with chronic leg ulcers to not get sufficient care, since the follow-up they need for the wound to heal is not sufficient.

It is through measures like the exchange of phone numbers for easier communication, more tutoring about wound treatment for the home care, limit the responsibility for the treatment to a few nurses and an encyclopaedia for equivalent equipment that the cooperation between the specialist and municipal healthcare services can start to improve.

1.0 Innledning

Sår kan deles inn i akutte og kroniske sår. Mange eldre har kroniske sår på bena, og forekomsten av leggsår er drastisk høyere for personer over 65 år (19). De fleste sår gror i løp av noen dager, mens noen sår kan vare i uker eller måneder og gror dårlig på grunn av grunnlidelser hos pasienten, dette er kroniske sår (19, 23). Mennesker med kroniske sår har ofte problemer med smerter, redusert livskvalitet og fare for infeksjon (6, 7). Kroniske leggsår som dette må behandles gjennom både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I Norge er det oftest hjemmesykepleien som er kommunehelsetjenesten, og sykehuset som er spesialisthelsetjenesten for sårpasienter med kroniske leggsår. Det er spesialisthelsetjenesten som diagnostiserer såret og lager en prosedyre på hvordan det skal behandles, mens kommunehelsetjenesten følger opp såret i hjemmet. Sårprosedyrer kan ta lang tid å utføre og sårstell må utføres helt til såret er helet. Dette kan vare i opptil flere måneder dersom såret har vansker med å gro (6, 7, 19).

Samfunnet bruker mye ressurser på sårbehandling, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (4, 9, 18). Disse ressursene omfatter arbeidstimer for sykepleiere, penger til sårmateriell og kapasitet for helsevesenet (2, 18). De årlige kostnadene for en pasient med leggsår i år 2012 tilsa 103 532 kr, hvor 54% av disse kostnadene var pleiekostnader og 21% var sårutstyr (9, 18). I Norge hadde vi seks tusen sårpasienter i 2012, som gjorde det totale beløpet til 600 millioner kr i løp av året (18). Ifølge Hjort og Gottrup sin forskning vil kostnadene ha økt drastisk med årene (9). I både kommune og spesialisthelsetjenesteloven står det at det skal bidra til at ressursene utnyttes på best mulig måte, samt at behandlingen som gis skal holde en viss kvalitet (21, 22). Målet er å unngå å utføre unødvendig arbeid eller skape unødvendig risiko og lidelse for pasienten. De viktige momentene blir altså rett ressursbruk i de ulike fasene av et sår og kvalitetssikre prosessen og arbeidet som blir utført.

Bing-Jonsson sitt kompetansemål viser til at sykepleiere har ulike nivåer av kompetanse, hvor sykepleierne i hjemmesykepleien skåret lavest. Manglende kompetanse, da innenfor sårstell kan gi negative utslag, og gjøre at såret både får vansker med å gro eller bruker lengre tid på å gro.

For pasienter med kroniske leggsår er det kritisk at de får den oppfølgingen de trenger, for både at såret skal bli bedre og at de skal kunne nytte et helhetlig tilbud fra helsetjenesten. Dette er støttet av både Joanna Blackburns kvalitetssikrings-prosjekt, og Powers sin forskning om nylige fremskritt innenfor sårbehandling og gjeldende retningslinjer for behandling av sår (6, 15). Dårlig koordinerte overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bety lite effektiv ressursbruk og påvirke pasientbehandlingen på en negativ måte. Samhandlingsreformen som Stortinget vedtok i 2012, har som mål å sikre godt samarbeid mellom de ulike leddene i helsetjenesten (20).

Studien er basert på et samarbeidsprosjekt mellom et universitetssykehus, kommunen til sykehuset og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet. Denne studien sin problemstilling er: «*Gir samhandlingen og kommunikasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten et helhetlig tilbud for pasientene, i forhold til oppfølging av kroniske leggsår?*»

2.0 Metode

Det ble utført kvalitative intervjuer med informanter som var sykepleiere ved universitetssykehuset og hjemmetjenesten ved flere soner i kommunen. Formålet var å kartlegge kommunikasjonen og samhandlingen mellom de to partene, og finne årsakene til at samarbeidet ikke er optimalt.

Arbeidet startet med et møte med avdelingslederen for sår-avdelingen til universitetssykehuset. De ønsket å finne ut av hvorfor samarbeidet med hjemmetjenestene til kommunen ikke oppleves gunstig fra deres side. Det ble utarbeidet en nøytral og standardisert intervjuguide (vedlegg nr. 1), som ble godkjent av avdelingslederen ved sykehuset og prosjektets veileder. Denne intervjuguiden ble brukt til intervjuer med sykepleiere ved både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Informanter ble rekruttert av prosjektets veileder. Intervjuene med sykepleiere fra kommunen ble planlagt av veilederen til studieansvarlig, og intervjuene med sykepleiere fra sykehuset ble planlagt av studieansvarlig sin medstudent. Det ble avtalt at en skulle holde selve intervjuet med informanten, mens en annen transkriberte. Dette for å kvalitetssikre dataene og unngå mistolkninger av svar.

Det ble brukt individuelle semistrukturerte intervjuer. Denne strategien ble valgt for å åpne for en samtale med informanten. For å komme frem til deres tanker og meninger om samhandlingen og kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten, hvor utfordringene ligger eller hva de kommer av (2, 8, s. 156).

Det ble avvik fra metoden ved at det som oftest kun var en intervjuer som kunne stille til intervju. De siste fire intervjuene ble påvirket av COVID-19-utbruddet i Norge, slik at disse måtte skje over telefon. Så fordelingen ble fire intervjuer med én intervjuer, fire intervjuer over telefon med én intervjuer, og to intervjuer ble gjennomført med to intervjuere. Hvorav seks ble intervjuet på arbeidsplassen og fire over telefon.

2. 1 Utvalg av informanter

Totalt ble det intervjuet ti sykepleiere, hvor en var mann og resten kvinner. Seks av sykepleierne var fra ulike hjemmetjenester rundt om i kommunen, mens fire av dem jobbet ved såravdelingen på universitetssykehuset. Ettersom vi fikk

intervjuet sykepleiere fra ulike soner i Trondheim, ga dette et godt sammenligningsgrunnlag for dataene under analysen. Da kunne det undersøkes om dette var meningen til en spesifikk sone, eller ble delt av hjemmetjenesten ved flere ulike soner.

Alle informantene fikk et informasjonsskriv om prosjektet på forhånd. Intervjuene startet med å samle inn hvor mye erfaringer sykepleieren hadde fra den spesifikke avdelingen. Intervjuene fant sted på avdelingen der sykepleierne jobbet. Telefon-intervjuene fant tid og sted mens informantene var på vakt og intervjuerne var hjemme. Intervjuene ble utført i perioden Mars i 2020.

2.2 Etiske Hensyn

Helseforskningsloven stiller etiske krav til medisinsk og helsefaglig forskning og datainnsamling (12). Alle informantene fikk informasjon om prosjektet på forhånd (vedlegg nr. 2). Dette informasjonsskrivet ble lest av informanten rett før intervjuet. Deltagelse var frivillig, og informantene kunne trekke seg når som helst. Vi innhentet muntlig samtykke fra informantene før intervjuet. All data fra informantene er anonymisert, og svarene deres ble behandlet konfidensielt (13).

2.3 Analyse av datamaterialet

Analysen startet med å lese gjennom alle notatene fra intervjuene, for å få et overblikk over stoffet. Dette skjedde noen uker etter intervjuene. Innledningsvis ble det gjort en koding og sortering av all informasjon som en forberedelse til selve analysen. Deretter ble Kvale og Brinkmann sin metode brukt for meningsfortetting for å komprimere intervjuenes koder og momenter til kortere formuleringer (8, s. 232). Videre ble meningskonsentrering utnyttet for å samle formuleringene i et og samme Excel-dokument. Når ulike sykepleiere kom med momenter og meninger som var svært like ble disse omformulert og samlet under en felles kode i Excel-arket. Dette er det gitt eksempel på i *Tabell 1*. Under denne prosessen ble det avdekket hvor mange meninger som gjentok seg i intervjuene. Til slutt ble datainnsamlingene gjennomgått og vurdert av intervjuerne for å kvalitetssikre funnene.

Tabell 1: Eksempel på felles koding av to ulike utsagn

Spørsmål til informant:	Hvorfor tror du det kan oppstå utfordringer relatert til temaet?
Informant 1	"Sykehuset opererer med andre merkevarer på utstyr enn hva hjemmetjenesten har."
Informant 5	"Det kan være at vi i hjemmetjenesten har annet utstyr enn det som står i prosedyren gitt til oss av sykehuset."
Ny kode:	A1 = Universitetssykehuset og hjemmetjenesten i kommunen har ulike leverandører av sårutstyr

3.0 Resultater

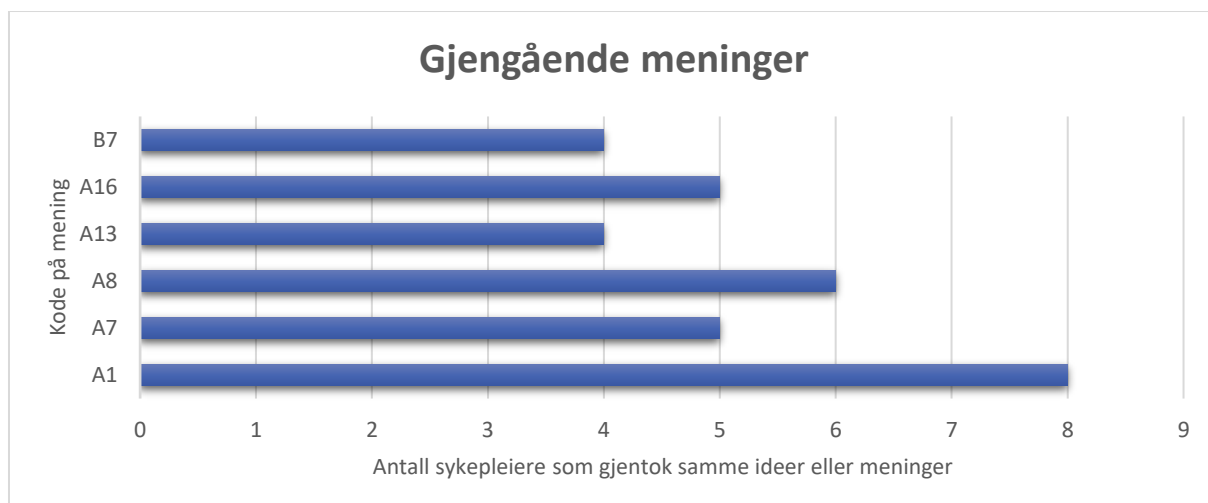
Etter å ha analysert intervjuene kom det fram tre hovedtemaer som var overordnet i datamaterialet. Temaene var ressursmangelens rolle, faktorer som preger kommunikasjon og faktorer som preger samhandlingen. Disse temaene griper inn i hverandre i ulike grader f.eks. i forbindelse med at sårprosedyrer er vanskelig å tolke medfører dette til at ulike pleiere utfører dette ulikt, hvilket har store konsekvenser for kontinuiteten i behandlingen. Temaene oppsummert i Tabell 2.

Tabell 2 Oversikt over hovedtema og underliggende detaljer

Tema	Undertema
Ressursmangelens rolle	<ul style="list-style-type: none">• Dårlig kontinuitet av pleiere for et spesifikt sår.• Ikke alltid nok sårutstyr på lager.• Generell mangel på kompetanse innenfor sår for sykepleiere.• Sårstell tar mye tid.
Faktorer som preger kommunikasjonen	<ul style="list-style-type: none">• Mangel på direkte kommunikasjon mellom poliklinikken og hjemmetjenesten.• Skriftlige sårprosedyrer kan være vanskelig å skjønne selv for sykepleiere.
Faktorer som preger samhandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Sykehuset og hjemmetjenesten bruker ulike leverandører av sårutstyr.• Vanskelig å få til endring i sårprosedyrer.

Figur 1 viser et diagram over informantenes tanker knyttet til hvorfor kommunikasjon og samhandling mellom sykehuset og hjemmetjenesten relatert til sår, er slik den er i dag. Diagrammet representerer kun meningene som er delt av over tre ulike sykepleiere.

Figur 1



FIGUR 1 VISER TIL ULIKE UTSAGN FRA EXCEL-ARKET HVOR DE FORMULERTE KODENE TIL INFORMANTENE ER SAMLET.

B7 = SÅRSTELL TAR MYE TID.

A16 = SÅRPROSEDYRER KAN VÆRE VANSKELIG Å TOLKE.

A13 = SYKEPLEIERE GENERELT MANGLER KOMPETANSE INNENFOR SÅRBEHANDLING.

A8 = STOR VARIASJON I PERSONALET SOM BESØKER PASIENTEN MED SÅR, ULIKE PLEIERE GJØR SÅRSTELL FORSKJELLIG.

A7 = MANGEL PÅ TELEFONNUMMER FOR DIREKTE KONTAKT MELLOM SYKEHUSET OG SONER I HJEMMETJENESTEN.

A1 = SYKEHUSET OG HJEMMETJENESTEN I KOMMUNEN HAR ULIKE LEVERANDØRER AV SÅRUTSTYR.

Funnene viste at det var flere sykepleiere som anså samarbeidet som positivt og at kommunikasjonen fungerte godt, mens andre fant det utfordrende og var misfornøyde med standarden. Sykepleierne kom med mange ulike og like grunner til at kommunikasjonen og samhandlingen er som den er samt hvordan de tenker den kan bli bedre f.eks. ved utveksling av direkte telefonnummer for enklere kommunikasjon. Det som gikk igjen fra flest sykepleiere var hvordan hjemmetjenesten og sykehuset bruker ulike leverandører av sårutstyr, hvordan stor variasjon i pleiere som utfører sårstedet kan føre til uregelmessigheter i utførelse av prosedyren, observasjoner og dokumentasjon og mangel på direkte kontakt mellom helsetjenestene.

3. 1 Leverandører

Kode A1 til Figur 1 på side 8, viser at det ofte ble ytret problematikk knyttet til manglende samsvar i sårutstyret hjemmetjenesten og sykehuset bruker. Dette var en mening som ble delt av majoriteten av sykepleierne som ble intervjuet. Til spørsmålet angående informantens tanker om hvorfor det kan oppstå utfordringer relatert til temaet sa en sykepleier fra hjemmetjenesten:

«Sykehuset opererer med andre merkevarer på utstyr enn hva hjemmetjenesten har. Så det blir brukt annet utstyr på sårmateriell.»

Dette er problematisk ettersom ulike selskaper som lager lignende produkter ikke alltid bruker samme materialer. To lignende typer bandasje kan f.eks. være impregnert med ulike stoffer eller ulike konsentrasjoner av samme stoffet (14).

Sykepleiere fra hjemmetjenesten kom med bekymringer om hvordan de må prøve seg frem med hvilket sårutstyr som fungerer, ettersom de ikke har utstyret som sårprosedyren forteller at de skal bruke. En sykepleier fra hjemmetjenesten sa:

«Vi blir nødt til å prøve og feile, for få finne frem til hvilket sårmateriell som fungerer.»

Dette gjør at mye av kontinuiteten kan falle fra i hva slags sårutstyr som blir anbefalt og hva som i realiteten ender opp på det kroniske leggsåret til pasienten. Hvilket er uheldig da forskning viser at riktig sårutstyr i starten av behandlingen til det kroniske leggsåret er viktig for å unngå utsatt sårtilheling, smerter og nedsatt livskvalitet for pasienten med såret (3, 7, 15).

3.2 Kontinuitet

Ifølge resultatet av studien har utsagnet om at lite kontinuitet av pleiere som behandler såret en viktig betydning for å kunne gi et helhetlig tilbud til samtlige pasienter. En sykepleier fra hjemmetjenesten uttalte:

«Ulike pleiere gjør sårstell forskjellig [...] Hjemmetjenesten har ikke ressurser til å ha samme sykepleierne inn til samme pasient gjennom hele sårforløpet»

Dette utsagnet er representert både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og denne meningen ble delt i seks av ti intervjuer. Sykepleiere ved universitetssykehuset fant dette problematisk, da de mener at kontinuitet er viktig spesielt i starten på behandlingen. Flere av informantene fortalte at en stor årsak til at oppfølgingen av sårpasienter i kommunen er mangelfull er grunnet stor variasjon i hvem som pleier såret. En forsterkende effekt er også at sårprosedyren kan oppfattes varierende fra sykepleier til sykepleier.

3.3 Sårprosedyren

«Det kan være en del spesialuttrykk i sårprosedyren som de ikke alltid forstår»

Dette er en mening og bekymring som tre av fire sykepleiere fra sykehuset delte, og gikk igjen i halvparten av intervjuene. Figur 1 viser også hvordan flere sykepleiere påpekte at sårprosedyren i seg selv kan være vanskelig å skjønne selv for fagpersonell, noe som kan ha stor innvirkning på kontinuiteten til behandlingen.

Sykepleiere fra både hjemmetjenesten og sykehuset syntes at det gjerne kunne vært mer rom til endring innad i sårprosedyren. Angående spørsmålet om

sykepleieren selv har erfart utfordringer relatert til temaet sa en sykepleier fra hjemmetjenesten:

«.. Eller at prosedyrene ikke har noe endringsrom [...] pasientene har stor respekt for sykehuset, og stoler ikke på at hjemmetjenesten vet hvordan behandling av såret burde endres.»

Kommunehelsetjenesten forteller at det er utfordrende å få til endringer i behandlingen til sårpatienten selv om tilstanden til såret forandrer seg. Sykepleierne fra hjemmetjenesten fortalte at hverken de eller pasientene ofte var komfortable med å gjøre noe annet enn hva sårprosedyren sier.

3.4 Kompetanse

Flere av sykepleierne fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten mente at variasjonen i kompetanse kan ha en stor rolle i tolkning og forståelse av sårprosedyrene. Her presiserte alle informantene fra sykehuset at et problem i seg selv er at sykepleiere generelt ikke får nok kunnskap om sår og sårbehandling i løpet av utdanningen sin.

Det er to svært ulike kompetanser sykepleierne har i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mens spesialistene har fordypet seg innenfor et spesifikt tema, må kommunehelsetjenesten ha mer generell kompetanse innenfor alle de ulike områdene som berører pasientene deres. Sykepleiere fra kommunen sa at de følte de fikk veldig mye ut av kurs og internundervisning angående sår, og at det gjerne kunne vært mer av dette.

3.5 Kommunikasjon

«Det hadde vært fint å kunne kontakte sårsykepleier direkte for veiledning dersom vi står fast.»

Fra både kommunen og sykehuset fortalte sykepleierne hvor problematisk det var å få tak i den andre siden på telefon. De måtte gjennom flere ledd og ventetid før de kom frem til rett pleier. Arbeidsdagen for både hjemmetjenesten og sykehuset kan være svært hektisk (16). Flere sykepleiere ga utrykk til å være frustrerte da de må bruke tid på ting som dette, hvilket kunne vært unngått.

Et viktig element å formidle fra resultatene var at ikke alle informantene hadde den samme holdningen til samhandlingen og kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten. Det var to sykepleiere fra hjemmetjenesten og en fra sykehuset som var svært fornøyd med kommunikasjonen mellom de to partene. Disse tre fortalte om gode erfaringer angående kommunikasjonen, og informative diskusjoner angående såret til pasienten. Deretter kom de med tilbakemeldinger som belyste problemer med kommunikasjonen, som at det var utfordrende å tak i rett sykepleier på den andre siden over telefonen.

Dette er en mening som går igjen i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og sykepleierne ytret ofte et ønske om et direktenummer til den aktuelle avdelingen eller pleieren. Både for å kontrollere prosedyren, svare på spørsmål, og for å unngå unødvendig tid i telefonen på leting etter riktig avdeling eller sykepleier.

3.6 Tid

Tid er en ting alle informantene tok opp i større eller mindre grad. Blant annet hvor mye tid de måtte bruke over telefonen for å avklare usikkerhet rundt sårbehandling. Sykepleiere fra hjemmetjenesten og sykehuset kom med poenget om at sårstell tar mye tid, en fra sykehuset ytret:

«Når hjemmetjenesten skal ta over, når vi har gitt en bestemt prosedyre, så er et stort problem at de i hjemmetjenesten har lite tid. Sårbehandling tar lang tid, spesielt sår nedenfor kneområdet»

Det at «Sårstell tar mye tid» var en mening som gikk igjen fire ganger. Bekymringer om hvor liten tid hjemmetjenesten har ble også delt av sykehuset, hvilket gir et godt bilde om at tid er en viktig ressurs i arbeidsdagen til sykepleierne.

Sykepleiere ved hjemmetjenesten mente også at et annet viktig poeng var at hjemmetjenesten ikke alltid har sårutstyr tilgjengelig i det hele tatt. Felles for flere sykepleiere ved hjemmetjenesten var utsagn som:

«Det hender at vi ikke alltid har nok av det nødvendige sårutstyret på lager.»

Dette var grunnet flere tilfeller hvor sykepleieren måtte bruke mye tid av arbeidsdagen på å få tak i sårutstyr da dette var tomt hjemme hos pasienten eller på lageret til hjemmetjenesten.

Sykepleiere fra kommunen delte bekymringer om at det hadde vært flere tilfeller hvor de ble nødt til å avlyse sårstell med pasienter da de ikke hadde tid til dette.

Her sa sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten at det var ikke alltid nødvendig å gjøre det slavisk etter planen dersom pleiere med videreutdanning innenfor sår kommer neste vakt. En fra universitetssykehuset sa:

«En trenger ikke gjøre sårstellet på tirsdag, dersom en mer kompetent sykepleier innenfor sår kommer på onsdag.»

4.0 Diskusjon

Studiens styrker og svakheter vil bli vurdert samt metoden som ble brukt og resultatene. Det vil bli reflektert over de kliniske implikasjonene av resultatene i henhold til annen forskning, fagstoff og egne erfaringer. De ulike temaene som resultatene åpner for vil bli diskutert hver for seg, selv om disse i stor grad går inn i hverandre. Studien vil ende med en konklusjon og et svar til

problemstillingen: *Gir samhandlingen og kommunikasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten et helhetlig tilbud for pasientene, i forhold til oppfølging av kroniske leggsår.*

4.1 Metodediskusjon

Det var viktig å forstå erfaringene, forholdet og praksisen mellom hjemmetjenesten og sykehuset. Av denne grunn var det mest fornuftig å velge en kvalitativ datainnsamling (2, 11, s. 26). Kvalitativ metode gir mulighet til å undersøke sosial og institusjonell praksis. Metoden åpner for å identifisere barrierer og muligheter for endringer samt å undersøke årsaker til hvorfor noen prosesser lykkes mens andre ikke gjør det (2). Med semistrukturerte intervjuer åpner man for en samtale rundt ulike temaer (8 s. 158). Slik fikk informantene muligheten til å utdype meningene sine. Dette var gunstig for å få et godt bilde av forholdene hos sykehuset og hjemmetjenesten angående temaet.

Det var viktig å stille intervjuer og intervjuguiden nøytral til temaet. Dette gjorde det lettere å forstå perspektivene fra sykepleiere fra begge sider. Med denne metoden fikk man et godt bilde av den enkeltes sykepleier meninger og tanker angående hvor utfordringene ligger i samarbeidet mellom sykehuset og hjemmetjenesten.

4.2 Lite kontinuitet

Personlig erfaring i forbindelse med praksis ute i hjemmetjenesten har vist hvor krevende og komplekse kroniske leggsår kan være. I tillegg er det erfart hvilke utfordringer kommunen og sykehuset møter på i samarbeidet om disse sårpatientene. Fra både sykepleiere i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og basert på egne erfaringer fra praksis, er stor variasjon i pleiere som besøker og behandler samme sårpatient.

Kontinuitet er viktig i sårbehandling, da sårstellet skal gjøres på rett måte med en bestemt frekvens for at såret har best utgangspunkt for å gro (6, 7, 15).

Noen av informantene fra de ulike hjemmetjenestene forklarte at de ikke hadde ressursene til å kunne ha primærsykepleier for hver sårpatient, mens hos en av hjemmetjenestene var ikke dette et problem i det hele tatt. Om dette betyr at ulike kommunale avdelinger har store forskjeller i mengder ressurser eller ulike løsninger på ting er usikkert.

For å kunne bedre kontinuiteten har sykepleiere ved sykehuset foreslått at hjemmetjenesten kunne etablere mindre grupper med sykepleiere som har ansvar for spesifikke sårpatienter. Dette kan føre til mer kontinuitet i oppfølgingen til såret da disse gruppene kan lede hverandre til å utføre sårstellet på samme måte, samtidig som diskutere endringer i sårets tilstand (2, 15).

4.3 Kompetanse

Sykepleiere får ikke nok kunnskap om sår og sårbehandling i løp av utdanningen sin, noe som kan stemme da forskning sier at sykepleiere i distriktene kan mangle kompetanse og selvtillit til å utføre sårstell (5, 15). Dette er noe som kan prege både kommunikasjonen og samhandlingen, dersom språket ikke blir lagt om pedagogisk mellom de ulike kompetansenivåene.

Et forslag som sykepleiere fra både hjemmetjenesten og sykehuset kom med var at spesialister fra sykehuset kunne holde mer kurs og opplæring for kommunen innenfor sår. Dette vil bidra til å tette mellomrommet i kompetansenivået videre.

Her kan det også holdes kurs innad i den «dobbelte kompetansen», som omhandler både klinisk og organisatorisk kompetanse. Slik at sykepleierne i hjemmetjenesten mulig kan opptre mer dynamisk og ivareta pasienter under skiftende forhold, hvilket endringer i såret ofte er (10, s. 31).

4.4 Tid

Tid har alt blitt etablert som en viktig ressurs for arbeidsdagen til sykepleieren (2, 16). Sykepleiere har fortalt at de føler seg tvunget til å følge sårprosedyren slavisk, og at de må utføre sårstellet like ofte uansett om såret blir bedre da dette er hva sårprosedyren sier. Dette gir mening da forskning sier at flere sykepleiere tror sårstell skal gjøres oftere enn det nødvendigvis burde utføres (15). Sårstell som blir utført for ofte kan være skadelig da dette irriterer såret, samtidig som det vil føre til økte kostnader ved unødvendig bruk av sårutstyr (6, 7, 15). Her må det mulig endringer til i holdningen til flere sykepleiere angående sårstell, samt en diskusjon om hvor strengt prosedyren skal følges (15).

Spesialisthelsetjenestens mening var at det går helt fint å utsette tidsrommet mellom sårstellene, spesielt hvis en mer kvalifisert person som en sårkontakt i hjemmetjenesten kommer neste dag. Hvorvidt hjemmetjenesten har ressurser for å få til dette, er det vanskelig å si og vil variere fra avdeling til avdeling.

4.5 Leverandører

Et problem knyttet til utstyr er at ikke alt sårutstyr blir laget identisk. Dette kan føre til problemer når f.eks. universitetssykehuset ønsker bruk av en type bandasje og hjemmetjenesten i kommunen ikke har den samme typen. Det at hjemmetjenesten ikke har tilsvarende sårutstyr som i sårprosedyren kan skape forvirring angående behandling av såret.

Gjennom erfaringer fra praksis på sykehuset hadde sykepleierne egne bøker som holdt oversikt over hvilke medikamenter som tilsvarte hverandre. Tiltak som et oppslagsverk om hvilke sårutstyr som kan erstatte eller ha samme funksjon som hva sårprosedyren etterspør bør på plass. Slik at hjemmetjenesten kan følge opp sårstellet med det mest gunstige sårutstyret de har tilgjengelig. Det er viktig for

sykehuset at de vet hva som er alternativene ute i hjemmetjenesten slik at den behandlingen de anbefaler faktisk kan bli fulgt opp.

4.6 Utstyr

Hjemmetjenesten har kommet med fortvilelse ettersom de ikke alltid har nok sårutstyr tilgjengelig. Her ønsket sykepleiere ved kommunen bedre rutiner for påfylling med sårutstyr.

Mangel på tilgjengelig sårutstyr er et godt eksempel på hvordan ressursmangel i helsevesenet kan ha konsekvenser for oppfølging av sårpatienten. Dette er vanskelig å få til for hjemmetjenesten da ressursmangel er et stort problem for denne delen av helsevesenet.

Sårutstyr er dyrt, og større mengder sårutstyr koster hjemmetjenesten og samfunnet mye penger (4, 9, 18). Dette er meninger som også blir delt av sykepleiere ved begge sider av saken. En informant fra sykehuset sier:

«Det er en del dyre bandasjer vi ønsker at hjemmetjenesten skal bruke, det kan være at hjemmetjenesten ikke ønsker å kjøpe inn de bandasjene vi ønsker. De får ikke lov på grunn av kostnader. [...] Da er kanskje litt at vitsen bort når vi legger opp et løp – også kan de ikke følge løpet når de ikke benytter seg at det materialet vi foreslår.»

Hvorvidt hjemmetjenesten ikke har ressurser nok til å kjøpe spesifikt utstyr, eller om grunnen er at hjemmetjenesten og sykehuset har ulike leverandører av sårutstyr er noe usikkert.

4.7 Sårprosedyre

Det er allerede etablert at flere av sykepleierne fra både sykehuset og hjemmetjenesten mener at sårprosedyrer kan være vanskelig å tolke. Flere årsaker kan bidra til dette f.eks. forskjellene i kompetanse mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (5, 15).

Det at det blir brukt ulikt sårutstyr kan gjøre det vanskelig å vite hva en skal bruke av sårutstyr i hjemmetjenesten, dersom det er lite samsvar mellom hva prosedyren etterspør og hva hjemmetjenesten har tilgjengelig. Det kan være vanskelig å få bekreftelse på hva prosedyren egentlig sier, når det ikke er et direktenummer en kan ringe for å snakke med de relevante sykepleierne fra sykehuset.

Flere av sykepleierne fra både hjemmetjenesten og sykehuset ytret ideen og ønske om mer rom til endring i sårprosedyren. Samtidig ønsket sykepleiere ved hjemmetjenesten at sårprosedyren utdyper litt videre i hva hjemmesykepleien skal gjøre dersom tilstanden til det kroniske leggsåret endres. Dette er hensiktsmessig da behandlingen må ofte forandre seg, dersom tilstanden til såret forandrer seg (6, 7).

4.8 Kommunikasjon

Samhandlingen og kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten ga uttrykk til å være mer statisk enn dynamisk. Med dette menes at slik som lite samsvar mellom sårutstyret ved begge parter, så virket det ikke som at noen aktivt hadde tatt tak i problemet. Dette er mulig noe som endrer seg med introduksjonen av den kommende helseplattformen for Midt-Norge som kommer oktober 2021. Her kan kommunikasjonen bli lettere å få til på tvers av de to partene, samtidig som journalisering og dokumentering mulig vil være enklere å dele og kunne samhandles over (17).

Årsaken til mangelfull samhandling kan være at fastlegene oftere er personen som skal ta over sårpatienten. Derfor har kanskje den direkte kontakten og utvekslingen av direktenummer mellom hjemmetjenesten og sykehuset falt fra over tid.

Disse problemene kan i stor grad løses dersom sårprosedyren inneholder navn og telefonnummer på forfatteren, hvilket var noe flere sykepleiere fra hjemmetjenesten ønsket seg. Dette ønsket ble også ytret av sykepleiere fra sykehuset, da de gjerne ønsket direktenummer til sykepleieren som hadde tatt over sårpatienten deres for å kvalitetssikre om innholdet i sårprosedyren hadde blitt forstått og eventuelt svare på spørsmål.

4.9 Svakheter i studien

I enhver studie er det viktig å diskutere svakheter og begrensningene til studien (11, s. 23). Gjennom datainnsamlingen og analysen kom det frem flere ting som kunne påvirke tolkning av resultatene, og erfaringer er gjort hvis tilsvarende arbeid skal gjøres igjen.

Den første utfordringen og kanskje største feilkilden var at begge intervjuere sjeldent var til stede samtidig. Dette gjorde at samme student ble nødt til å holde intervjuet med informanten, samtidig som det ble transkribert. Her kan data ha blitt mistet da det er vanskelig å holde en samtale, mens man aktivt skal skrive ned alt i samtalen. Meninger, kroppsspråk og fenomener som informanten forteller om kan ha blitt misforstått eller ikke sett.

Et annet moment var at informantene ikke hadde forberedt seg like mye som ønsket. Det var først rett før selve intervjuet at informanten leste informasjonsskrivet angående intervjuet. Dette er noe som var et sterkt ønske at informanten skulle ha lest på forhånd og diskutert med medarbeidere. På denne måten ble innspillene kun et øyeblikksbilde, og ikke informantens tanker om temaet i et større perspektiv. På den andre siden medførte dette at informanten sine meninger og tanker ikke har blitt preget av andre medarbeidere og ledere i diskusjoner før intervjuet.

Datainnsamlingen ble påvirket av COVID-19 pandemien. Dette gjorde at de siste fire intervjuene ble gjort over telefon med informantene. Her forsvant mye av de

mellommenneskelige relasjonene som er viktige under kvalitative forskningsintervju (8, s. 49).

I analysen kan datamaterialet ha blitt påvirket. I kvalitative metoder blir datamaterialet analysert og behandlet av mennesker, som kan misforstå og gjøre feil vurderinger (11). Tidsaspektet er en annen faktor da dataen ble bearbeidet og analysert flere uker etter at intervjuene ble utført. I disse ukene kan detaljer blitt glemt og mistolkninger av transkripsjonen kan ha oppstått.

Studien var relativt liten da kun ti informanter totalt deltok. Fire av informantene var fra universitetssykehuset og seks var fra hjemmetjenesten. Kun ti informanter er ikke et representativt statistisk utvalg, hverken for kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Selv om studien gjerne skulle hatt et større antall informanter er ti kvalitative intervjuer fortsatt nok til at temaet ble belyst bredt, og retningsgivende data.

4.10 Styrker ved studien

For å kunne forstå forholdene, samhandlingen og kommunikasjonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var det viktig at med sykepleiere fra ulike avdelinger. Dette kan sees på som en styrke i seg selv, og det var av stor betydning for dataene at sykepleiere fra tre ulike hjemmetjenester i kommunen deltok. Funnene er troverdige da mange av meningene fra informantene ble delt mellom sykepleiere som jobbet ved ulike hjemmetjenester. Dette er noe som øker relevansen og validiteten til dataene.

Vitenskapelige metoder bør være nøytrale og fortrinnsvis ikke avhenge av forskerens subjektive verdier (8, s. 79). En av styrkene til studien er hvor nøytralt intervjuerne stilte seg til problemstillingen og saken. Dette er noe som ble jobbet aktivt med under utarbeidelsen av intervjuguiden, slik at den samme intervjuguiden kunne brukes til intervjuer med både hjemmetjenesten og universitetssykehuset. Det ble tatt utgangspunkt i at problemene kan oppstå på begge sider av saken, samtidig som det kan være pleiere som ikke opplever samarbeidet problematisk i det hele tatt. Nøytraliteten til begge sidene i saken hadde betydning for hvordan dataen ble vurdert etter intervjuene.

Det ble utført kontroller av datamateriale og resultater etter det var bearbeidet. Formålet med dette var å kvalitetssikre arbeidet, og minske sjansene for misforståelser av informantens meninger.

Til slutt er det viktig å verdsette hvordan funnene har en del samsvar i annen forskning og faglitteratur. Det som gir gyldighet i forskning, er etterprøvnbarhet (2). Hovedkonklusjonene fra dette arbeidet går igjen fra tidligere forskning (5, 6, 15). Andre forskere vil kunne komme fram til de samme resultater, dersom tiltak ikke blir gjort innen samhandlingen og kommunikasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

4.11 Konklusjon

Gjennom intervjuene fant spesialist- og kommunehelsetjenesten mye rom til forbedring, og fant samarbeidet utfordrende. En til tider manglende kompetanse til å utføre sårstell, samt manglende utstyr vil gi et dårlig utgangspunkt for god behandling av sårstell. Deretter vil lite kontinuitet i sykepleieren som behandler det kroniske leggsåret føre til mulig varierende tolking sårprosedyrer fra spesialisthelsetjenesten, og dermed gi ulik utførelse av selve stellet. Ulik utførelse av stellet vil gi en generelt dårligere sårbehandling og dermed større sannsynlighet for reinnleggelse av pasienten.

Resultatene peker i en retning. Optimal samhandling og kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmetjenesten er vanskelig å få til og har sine utfordringer. Implikasjonene av disse problemene er mange, men hovedsakelig at flere pasienter med kroniske leggsår ikke får den oppfølgingen de trenger.

Det er gjennom konkrete tiltak som flere av informantene foreslo at samarbeidet kan bli endret til det bedre. Tiltak som en mer strukturert utveksling av nødvendige telefonnummer, mer internundervisning innenfor sår og sårbehandling for kommunehelsetjenesten, begrensnig av antallet personer som behandler samme sår, sårprosedyrer med mer endringsrom og som omfatter endringer i sårets tilstand, og et oppslagsverk for hvilke sårutstyr som har tilsvarende funksjon. Dette fordrer at ledere ved både spesialist og kommunehelsetjenesten ser betydningen i samhandling og kommunikasjonen med hverandre da forandring må til for at dette samarbeidet skal lykkes.

5.0 Referanseliste

1. Haram RB, Ribu E, Rustøen T. An evaluation of the leg and foot ulcer treatment provided in Oslo. J Wound Care. september 2003;12(8):290–4.
2. Erstad CB. En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien. :115.
3. Kroniske sår følges ikke opp riktig [Internett]. [sitert 22. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2019/04/kroniske-sar-folges-ikke-opp-riktig>
4. Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Ingvild Kjerkol og Kjersti Toppe om forebygging og behandling av kroniske sår [Internett]. Stortinget. Stortingets administrasjon; 2017 [sitert 26. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-091s/?all=true>
5. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing. 14. januar 2016;15(1):5.
6. Powers JG, Higham C, Broussard K, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: Chronic wound care and management. J Am Acad Dermatol. april 2016;74(4):607–25; quiz 625–6.
7. WUWHS_POSITION DOCUMENT.pdf [Internett]. [sitert 22. april 2020]. Tilgjengelig på: https://www.coloplast.sg/Documents/Wound/WUWHS_POSITION%20DOCUMENT.pdf
8. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju [Internett]. 3. utg. Norbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015 [sitert 27. april 2020]. 381 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018091205061
9. Hjort A, Gottrup F. Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. J Wound Care. mai 2010;19(5):173–4, 176, 178, 180, 182, 184.

10. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse [Internett]. 2. utg. NFFO. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015 [sitert 27. april 2020]. 376 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018060548123
11. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring [Internett]. 3. utg. Norbok. Oslo: Universitetsforl.; 2011 [sitert 29. april 2020]. 238 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014070405029
12. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 30. april 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter [Internett]. 5. utg. Norbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012 [sitert 30. april 2020]. 257 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020012277040
14. Utstyr [Internett]. wounds. [sitert 7. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.wounds.no/utstyr>
15. Blackburn J, Ousey K, Stephenson J. Nurses' Education, Confidence, and Competence in Appropriate Dressing Choice. Adv Skin Wound Care. oktober 2019;32(10):470-6.
16. Arbeidsbelastningen dreper gleden ved å være sykepleier [Internett]. [sitert 19. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/11/arbeidsbelastningen-dreper-gleden-ved-vaere-sykepleier>
17. Helseplattformen [Internett]. Trondheim kommune. [sitert 20. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.trondheim.kommune.no/helseplattformen/>
18. Rønsen JH. Kostnader for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien. 2012 [sitert 26. mai 2020]; Tilgjengelig på: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/34211>
19. Honning som behandling for kroniske sår [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 26. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2020/honning-som-behandling-for-kroniske-sar/>

20. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 30. april 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5

21. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 1. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

22. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 1. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

23. Harbo S. kronisk sår. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2020 [sitert 2. juni 2020]. Tilgjengelig på: http://sml.snl.no/kronisk_s%C3%A5r

6.0 Vedleg

1. Intervjuguide
2. Informasjon til informant
3. Samtykkeskjema

Spørsmål	Tilleggsspørsmål	Notater
Hvilken utdanning har du?	Har du noen videreutdanning?	
Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen?	Hvilken stillingsprosent har du?	
Hvorfor tror du at det kan oppstå utfordringer relatert til temaet?	Hva tror du kan være underliggende årsak til at dette oppleves som en utfordring?	
Har du selv erfart utfordringer relatert til temaet ved din avdeling?	a. Hvis ja: Er dette noe dere erfarer jevnlig? b. Hvordan påvirker dette din avdeling? c. Annet	
Hvordan erfarer du kommunikasjonen & samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?	a. Hvis utfordrende: Hva mener du kan være gode tiltak til forbedring? b. Hvis god: Hva er det som gjør at dette fungerer godt? c. Annet	

Hva mener du kan være et godt tiltak til forbedring til temaet kommunikasjon & samhandling?		
Er det noe mer du ønsker å tilføre til intervjuet?		



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Vedlegg 2: Informasjon til informant



TRONDHEIM
KOMMUNE

Prosjektbachelor i sykepleie ved NTNU

Kommunikasjon og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og oppfølging av venøse og blandingssår – et samarbeidsprosjekt mellom Sykepleierutdanningen ved NTNU og et universitetssykehus

Til deg som er informant i vår prosjektoppgave

Vi går siste år på sykepleieutdanningen ved NTNU Trondheim og har fått oppdrag i å skrive en prosjektoppgave for en av deling ved St. Olavs Hospital. Temaet for oppgaven vår er kommunikasjon og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og behandling av venøse- og blandingssår. Vi har valgt å begrense informantene i kommunen til utvalg hjemmetjenester, og sykepleiere ved spesialisthelsetjenesten.

Poliklinikken til Hudavdelingen ved St. Olavs Hospital har observert ved enkelte tilfeller hendelser hvor pasienter, som har vært gjennom utredning for sårproblematikk og fått utarbeidet en egen sårprosedyre, får mangelfull oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Dette kan føre til komplikasjoner som sårinfeksjoner og forsinket sårtilheling, i tillegg til unødvendige kostnader i et allerede presset helsevesen. Det kan være mange ulike årsaker og faktorer til dette problemet - og vi ønsker derfor å gjøre et kort intervju av deg som sykepleier i kommune- /spesialisthelsetjenesten.

Vårt mål for oppgaven er å kartlegge og vurdere hvor god kommunikasjonen og samhandlingen mellom avdelingen ved universitetssykehuset og kommunehelsetjenesten oppleves og hvordan dette kan påvirke tid, kostnader og pasientbehandlingen.

Veilederen vår er ansatt ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU er vår veileder for prosjektoppgaven.

Gjennomføring av intervju

Vi ønsker å gjennomføre et kort intervju med deg for å høre på dine erfaringer knyttet til temaet.

Under intervjuet vil vi stille deg noen få spørsmål om temaet med fokus på samhandling og kommunikasjon. En av oss kommer til å stille spørsmålene, mens den andre vil skrive ned svarene dine.

Hvordan vil din anonymitet bli ivaretatt?

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Dataene vi noterer oss vil kun bli behandlet av oss. Alle konfidensielle data og alle personopplysninger anonymiseres. Ingen enkeltpersoner skal gjenkjennes i prosjektoppgaven.

Din deltagelse er frivillig. Du kan velge å trekke deg på hvilket som helst tidspunkt uten å måtte begrunne dette. Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen

Sykepleiestudenter

Sykepleieutdanningen ved NTNU Trondheim

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Mobil:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bacheloroppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted