



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten – opplevelser blant pasienter med store og sammensatte behov. En empirisk studie.

SK 152 Bacheloroppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag, Førde

Innleveringsdato: 02.06.2017

Antall ord: 9879

Anne Cecilie Angeltveit

Veileder: Maj-Britt Råholm

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Sammendrag

Tittel: Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten – opplevelser blant pasienter med store og sammensatte behov. En empirisk studie.

Problemstilling: Hvordan opplever pasienter med store og sammensatte behov overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?

Bakgrunn: Det viser seg at 10 % av pasientene står for omtrent 50 % av sykehusinnleggelsene. Kjennetegn ved denne pasientgruppen er at de har store og sammensatte behov. Denne bacheloroppgaven er en del av et større kvalitetsforbedringsprosjekt hvor hovedmålet er å bedre livskvaliteten til denne pasientgruppen. Jeg fant dette prosjektet både spennende og interessant og ønsket derfor å delta i prosjektet.

Hensikt: Jeg har erfaring både fra spesialist-, og primærhelsetjenesten. Jeg har observert at det er store forskjeller i hvilken informasjon som blir gitt og på hvilket tidspunkt i behandlingsprosessen pasienter blir skrevet ut fra sykehus. Jeg ville derfor se nærmere på hvordan pasientene selv opplevde overgangen fra spesialist-, til primærhelsetjenesten.

Metode: Denne studien har et kvalitativt forskningsdesign. For å svare på problemstillingen har jeg brukt intervju som datainnsamlingsmetode. Intervjuet ble transkribert ordrett og deretter analysert ved hjelp av Graneheim og Lundman sine retningslinjer for innholdsanalyse.

Funn og konklusjon: Funn fra intervjuene viser at trygghet, hjemmets betydning, verdighetens betydning i møte med pasienten og kontinuitet i pleien har betydning for hvordan opplevelsen av overgangen blir. Opplevelsen er individuell og det er forskjellig hvordan pasientene opplever sin situasjon.

Nøkkelord: Skrøpelig, verdighet, omsorg, lidelse, kontinuitet, kvalitativ, innholdsanalyse

Summary

Title: The transition from the specialist health care services to primary health care services - experiences among frail patients. An empirical study.

Purpose: How do frail patients experience the transition from specialist health care services to the primary health care services?

Background: It turns out that 10% of patients account for about 50% of hospitalizations. Characteristics of this patient group are that they have large and complex health care needs. This bachelor thesis is part of a major quality improvement project where the main objective is to describe the quality of life of this patient group. I found this project both exciting and interesting and therefore wanted to participate in the project.

I have experience from both specialist and primary health care services. I have observed that there are major differences in what information is been given and at what time in the treatment process patients are discharged from hospital. I would therefore look into how the patients themselves experienced the transition from specialist to primary health care services.

Method: This study has a qualitative research design. To answer the research problem, I have used interview as a data collection method. The interviews were transcribed literally and then analyzed using Graneheim and Lundman's guidelines for content analysis.

Findings and conclusions: Findings from the interviews show that safety, the significance of the home, the importance of dignity in meeting the patient and continuity of the care, have an impact on how the experience of the transition will be. The experience is individual and it is different how patients experience their situation.

Keywords: Frail, dignity, care, suffering, continuity, qualitative, content analysis

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Presisering av problemstilling	2
1.3 Oppgavens videre oppbygging	3
2.0 Metode	4
2.1 Metodevalg.....	4
2.2 Utvalg.....	4
2.3 Datainnsamling.....	5
2.4 Analyse og tolkning	6
2.5 Forskningsetiske vurderinger	7
2.6 Vurdering av metode.....	7
2.7 Kildekritikk.....	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Verdighet.....	9
3.2 Lidelse i pleie	10
3.2.1 Sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse.....	11
3.3 Omsorg	11
3.3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	11
3.3.3 Trygghet som behov.....	12
3.4 Hjemmets betydning	13
4.0 Presentasjon av funn	14
4.1 Trygghet.....	14
4.1.1 Tilgjengelighet	15
4.1.2 Fleksibilitet i hverdagen	15
4.2 Hjemmets betydning	15
4.2.1 Aksepterer situasjonen.....	16
4.2.2 Hjemme best	16
4.3 Verdighetens betydning i møte med pasienten.....	16
4.3.1 Medbestemmelse(autonomi).....	16
4.3.4 Informasjon ved hjemreise.....	17
4.3.5 Uverdighet.....	17
4.4 Kontinuitet i pleien	18
4.4.1 Opplæring.....	18

4.4.2 Hjemmesykepleien skaper trygghet i hjemmet	18
4.4.3 God organisering	18
4.5.4 Tilrettelegging for den enkelte	19
5.0 Drøfting.....	20
5.1 Drøfting av funn.....	20
5.2 Drøfting av metode	26
6.0 Konklusjon	27
Bibliografi	29

Vedlegg 1. Mitt fokus fra intervjuguiden

Vedlegg 2. Samtykkeskjema for kvalitetsforbedringsprosjektet

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven er en del av et større kvalitetsforbedringsprosjekt hvor hovedmålet er å bedre livskvaliteten til pasienter med store og sammensatte behov (Helse Vest, 2013). Livskvalitet er en viktig verdi som handler om å oppleve glede, mening, trygghet og tilhørighet. Det har også en sammenheng med fysisk og psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2017, 21.03). Et delmål med prosjektet er å øke kunnskapen om pasienter med store og sammensatte behov for å finne ut hva som kan gjøres for å utvikle gode tjenester til denne pasientgruppen. Prosjektet er et samarbeid mellom Specialisthelsetjenesten (Helse Førde), kommunehelsetjenesten (Førde, Flora og Eid kommune) og Høgskulen på Vestlandet. Jeg fant prosjektet spennende og interessant og ønsket derfor å være med å delta. Det er behov for mer kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever overgang fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste (Allen, 2014). Mye av forskningen på overflytting har hatt et objektivt fokus, det er lite kunnskap om hvordan de eldre opplever det (Walker et al., 2015). Pasienter med store og sammensatte behov er omtalt som storforbrukere av helsetjenester (Helse Vest, 2013). Storforbrukerne kjennetegnes av at de er eldre, har flere ulike lidelser, har høyere mortalitet, flere øyeblikkelig-hjelpsinngelger og reinnleggelser og har i større grad opphold ved flere ulike typer avdelinger (Ibid). Mye tyder på at pasienter med store og sammensatte behov vil komme inn under definisjonen skrøpelig. Jeg har derfor tatt i bruk begreper som «skrøpelig» og «frail» for å finne teoretisk forankring om denne pasientgruppen. Det finnes ingen klar definisjon av skrøpelig. Skrøpelig kan defineres på mange måter. Faktorer som er med å definere skrøpelig er blant annet psykisk funksjon, mobilitet, kognisjon, vekttap, helseproblemer, aktivitet i dagliglivet(ADL), høy alder, lavt energinivå, ernæringsstatus (Sternberg et al., 2011).

Det er flere stortingsmeldinger og forskrifter som er sentrale for mitt tema. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47, 2008-2009) fokuserer på at pasienter skal bli skrevet ut tidligere fra sykehuset. Utskrivelse skal skje når pasientene er utskrivningsklar og ikke ferdigbehandlet. Samhandlingsreformen sitt mål er å forbedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er blant annet viktig med god informasjon mellom de ulike behandlingsleddene (Meld. St. 47, 2008-2009). Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013) ligger vekt på behovene og utfordringene helsevesenet kommer til å møte i årene fremover. Om noen år kommer det en ny eldregenerasjon som vil føre til at primærhelsetjenesten vil få mer krevende oppgaver. Morgendagens omsorg har som hensikt å øke kunnskapen, ta i bruk samfunnets ressurser, utvikle ny teknologi og nye faglige metoder og å styrke kommunenes omsorgsfelt (Meld.

St. 29, 2012-2013). Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien, 2010) har som mål at eldreomsorgen skal bidra til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. For å oppnå denne målsetningen skal eldreomsorgen tilrettelegges for et mest mulig normalt liv. Selvbestemmelsesrett, egenverdi og medisinske behov er noe av det som må vektlegges (Ibid).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn er 14 % av befolkning eldre enn 67 år, i 2030 er det beregnet at andelen vil være 28 %. Forventet levealder i dag er 80,4 år blant menn og 84,2 hos kvinner. Dette er en markant økning siden 1950 tallet (SSB,2016). Nordfjordrapporten (Helse Vest, 2013) viser at omtrent 10 % av pasientene står for nesten 50 % av sykehusinnleggelsene. Kjennetegn på denne pasientgruppen er at de har store og sammensatte behov. De har kroniske sykdommer som gjør at de trenger behandling fra flere ulike behandlingsledd. I løpet av min studietid og erfaringer fra praksis har jeg observert når pasienter blir skrevet ut fra sykehus. Jeg har erfaring både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (sykehjem og hjemmesykepleien). Jeg har observert at det er store forskjeller i hvilken informasjon som blir gitt og på hvilket tidspunkt i behandlingsprosessen pasientene blir skrevet ut fra sykehus. I et samfunnsperspektiv er temaet aktuelt av flere grunner. Blant annet på grunn av en økende eldrebefolkning og økende forekomst av alvorlige/kroniske sykdommer og høyere relativ overlevelse av disse (Helse Vest, 2013). Jeg har valgt å fokusere på pasienter sine opplevelser av overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

1.2 Problemstilling

Min problemstilling har jeg valgt å formulere slik: *Hvordan opplever pasienter med store og sammensatte behov overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten?*

1.2.1 Presisering av problemstilling

Med denne problemstillingen ønsket jeg å finne ut flere ting. I intervjuene fokuserte jeg på konkrete spørsmål knyttet til overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Pasienter med store og sammensatte behov er en pasientgruppe som kjennetegnes av at de er eldre, har flere ulike lidelser (ofte kroniske), har høyere mortalitet, har flere øyeblikkelighjelps innleggelser, flere reinnleggelser og har i større grad opphold ved ulike typer avdelinger (Helse Vest, 2013).

Spesialisthelsetjenesten består av sykehuset, legespesialist og ambulansetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten er staten sitt ansvar. Primærhelsetjenesten er kommunene sitt ansvar. Primærhelsetjenesten består blant annet av fastlege, sykehjem og hjemmesykepleie (NDLA, 2017, 03.03). Fokuset skal være på hvordan pasientene opplevde å bli skrevet ut fra sykehus, om pasientene fikk god informasjon under utskrivningsprosessen og om kommunen hadde et godt tilbud når pasienten ble skrevet ut fra sykehuset.

1.3 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel 2.0 gjør jeg greie for metoden som ble brukt i studien, utvalget, hvordan datainnsamlingen har foregått og hvordan data er analysert og tolket. Videre har jeg gått inn på forskningsetiske vurderinger som er foretatt, vurdering av metoden og kildekritikk. Kapittel 3.0 inneholder relevant teori, det vil si det faglige grunnlaget for problemstillingen. I kapittel 4.0 presenteres aktuelle funn som svarer på problemstillingen og i kapittel 5.0 drøftes disse funnene opp mot relevant teori som ble presentert i teorikapittelet. Det siste kapittelet er 6.0 som inneholder en konklusjon hvor aktuelle funn oppsummeres og det vurderes hvor godt funnene svarer på problemstillingen.

2.0 Metode

2.1 Metodevalg

Denne studien har en kvalitativ forskningsdesign. Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt intervju. Kvalitative metoder åpner for å studere temaer som det er lite kunnskap om fra før (Malterud, 2002). Denne metoden er hensiktsmessig for å få bedre forståelse for sosiale fenomener. Intervju og deltakende observasjon er de vanligste datainnsamlingsmetodene (Thaagard, 2013, s. 13). Intervju er egnet til å bruke i studier hvor erfaringer, opplevelser eller verdier skal studeres (Malterud, 2002). Bakgrunnen for mitt valg av metode er at jeg ønsket å få innsikt i informantene sine opplevelser. Intervju er derfor en egnet metode for å få informasjon om hvordan informantene opplever sin situasjon.

2.2 Utvalg

Kvalitativ tilnærming benytter strategisk utvalg for å finne informanter. Strategisk utvalg vil si at en velger deltakere som har kvalifikasjoner som er strategisk for å svare på problemstillingen i studiet. Det bidrar til et hensiktsmessig utvalg som kan gi teoretisk og empirisk kunnskap (Thaagard, 2013, s. 60). Kriteriene for å være med i denne studien var:

- Eldre pasienter over 65 år med store og sammensatte behov
- Bor i egen bolig (inkludert omsorgsbolig)
- Har bred berøring med det kommunale tjenesteapparatet
- Flere sykehusinnleggelses og polikliniske behandlinger
- Har komplekse sykdomsforløp og sammensatte problemstillinger
- Nedsatt funksjon, eventuelt svingende funksjon

Fastlegen eller kommunelegen informerte først pasientene om prosjektet. Legen ga deretter samtykke til at prosjektleder kunne kontakte pasientene for å gi videre informasjon om prosjektet. Prosjektleder avklarte deretter om pasienten ønsket å delta i studien og bli intervjuet. Det ble sendt ut informasjonsskriv og samtykkeskriv til aktuelle deltakere av intervjuet. Samtykkeskjema ble levert tilbake før intervjuene startet.

Prosjektleder tok kontakt med aktuelle informanter og spurte om en sykepleierstudent kunne utføre intervjuene sammen med en representant fra Høgskolen på Vestlandet. Prosessen med å finne informanter var vanskeligere enn antatt. Vi ble derfor enig om at to sykepleierstudenter kunne intervju to informanter sammen. Begge informantene er etnisk norske menn som bor sammen med konene sine. Konen er en viktig ressurs for begge informantene. Konen hjelper til med det mest nødvendige. Begge hadde hjelp av hjemmesykepleien noen ganger i uken til mer praktiske ting som medisintdeling, hjelp til å ta blodprøver og stell.

2.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i informantenes hjem. Begge informantene ønsket at konen skulle delta under intervjuene. En representant fra Høgskolen på Vestlandet var også med for å sikre kvalitet. Representanten skulle observere under intervjuene og komme med tilleggsspørsmål dersom det var nødvendig. Under begge intervjuene ble det brukt båndopptaker etter tillatelse fra informantene. Det tok rundt en time å gjennomføre intervjuene. På forhånd var det utarbeidet en intervjuguide, den er strategisk utarbeidet av prosjektleder for å avklare karakteristika ved den aktuelle pasientgruppen. Jeg valgte de temaene av intervjuguiden hvor det var fokus på overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Se vedlegg 1). Under intervjuene var det denne delen jeg tok for meg da den svarte på min problemstilling. Intervjuguiden var delvis strukturert. Dette gjør det mulig å følge informantens fortelling, men samtidig ta opp temaene som er viktig for å få svar på problemstillingen (Thaagard, 2013, s. 98). På denne måten hadde jeg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å få mer utdypende svar. Under intervjuene prøvde jeg å være så nøytral som mulig og ha et «åpent sinn», dette for å unngå at jeg hadde innflytelse på informantene. Dersom intervjuerens egne verdier preger intervjusituasjonen kan det påvirke informantens beskrivelser og svar på spørsmål (Thaagard, 2013, s. 115). For å få en vellykket intervjusituasjon vil et mål være å skape en fortrolig atmosfære og å finne en balanse mellom å lytte til informanten og å stille spørsmål (Thaagard, 2013, s.109). Etter intervjuene ble lydopptakene transkribert ord for ord og oppbevart i Helse Vest IKT sin forskningsserver. Jeg lyttet også gjennom intervjuene for å kontrollere at jeg hadde fått med alt. Det transkriberte materiale er totalt på 15 og 13 sider. Da er hele intervjuene transkribert.

2.4 Analyse og tolkning

Analysen av det transkriberte materiale er bygget på Graneheim og Lundman sine retningslinjer for innholdsanalyse (se tabell 1). Innholdsanalysen består av en manifest og en latent form. Manifest innholdet er analyse av hva teksten sier, mens latent innholdet er analyse av tolkning av den underliggende meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Det første jeg begynte med var å lese gjennom det transkriberte materiale flere ganger for å bli fortrolig med innholdet. Dette gjorde at jeg tidlig fikk oversikt over materialet, som gjorde at jeg fikk grunnlag for å utvikle forståelse for innholdet (Thaagard, 2013, s. 158). Når jeg var blitt fortrolig med teksten begynte jeg å skrive ned meningsenheter. Det er sitater fra intervjuene som utgjør rammene for innholdsanalysen (Graneheim & Lundman, 2012, s. 190). Neste trinn var kondensering av teksten. Det er en prosess som gjør teksten kortere samtidig som det sentrale i teksten beholdes. Deretter ble den kondenserte teksten kodet ved hjelp av abstraksjon. Abstraksjon er både beskrivende og tolkende. En kode beskriver kort den kondenserte tekstens innhold. Vi kan kalle koden for en «etikett» (Ibid). Videre utgjør flere koder som har et liknende innhold en kategori. I utgangspunktet skal ingen koder passe flere kategorier. Dette er vanskelig når en tekst handler om opplevelser (Graneheim & Lundman, 2012, s. 191). Det siste trinnet i innholdsanalysen var å finne temaer. Temaene skal svare på min problemstilling, det skal være en rød tråd som skal samle det latente innholdet i kategoriene jeg har definert (Ibid).

Tabell 1. Beskrivelse av innholdsanalysens ulike steg i denne studien.

Meningssetning	Kondensert mening	Kode	Kategori	Tema
Jeg kan ringe visst det var noe spesielt til hjemmesykepleien. Da får vi hjelp med en gang, også har jeg alarm på meg, når ikke konen er her, så brukar eg den. Vi har nå tilkalt de ofte, ikke ofte men av og til. Til og med midt på natten.	Jeg kan ringe til hjemmesykepleien. Då får jeg hjelp med en gang. Har alltid alarm på meg når ikke konen er her. Vi har tilkalt de av og til. Til og med på natten.	Informasjon ved forverring	Tilgjengelighet	Trygghet
Det var en gang, og då lå jeg en dag over. Legen spurte om jeg følte meg sterk nok til å reise heim. Og da gjorde jeg ikke, så då lå jeg en dag ekstra.	Det var en gang. Legen spurte om jeg følte meg sterk nok til å reie. Da lå jeg en dag ekstra.	Ivaretagelse av individuelle behov	Medbestemmelse	Verdighet

2.5 Forskningsetiske vurderinger

Informantene har fått informasjon om prosjektet muntlig og skriftlig. Før intervjuet har de fått tilsendt samtykkeskjema (se vedlegg 2). Dette ble skrevet under og levert tilbake før intervjuene startet. På denne måten fikk jeg bekreftet at informantene samtykket til å delta i studien. Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) til å ikke omfatte helseforskningsloven da det er et kvalitetsforbedringsprosjekt og ikke et forskningsprosjekt. Studien følger Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013) som inneholder etiske retningslinjer som følges ved forskning på mennesker, retningslinjene skal fremme respekt for den enkelte og beskytte deres rettigheter og helse. Studien er også godkjent av NSD som er et nasjonalt arkiv for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, 2014).

Under hele intervjuprosessen og det videre arbeidet med analysen har jeg reflektert over etiske vurderinger. Et hvert møte med informanter har etiske implikasjoner. De nordiske sykepleiernes etiske retningslinjer for forskning (NNF, 2003), som bygger på FNs menneskerettighetserklæring og helsinkideklarasjonen veiledes av fire etiske prinsipper: autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, ikke skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet (NNF, 2003). Disse prinsippene har jeg fulgt i denne studien. Transkripsjonene av intervjuene er lagret i Helse Vest IKT sin forskningsserver. Transkripsjonene er blitt behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Data som er samlet inn vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Alle presentasjoner av resultater vil være anonyme.

2.6 Vurdering av metode

Jeg valgte å benytte meg av intervju som datainnsamlingsmetode. Formålet med kvalitativ metode er å få bedre forståelse for informantenes opplevelse av sin situasjon (Kvale & Brinkmann 2015, s.42). Metoden var hensiktsmessig da mitt formål var å forstå hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Intervju av to pasienter med store og sammensatte behov har gitt meg tilgang på informasjon som svarer på min problemstilling. Intervju med flere pasienter ville gitt med enda større tilgang på informasjon. Det lave antallet med informanter gjør det vanskelig å generalisere resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015, s.289).

Fra tidligere hadde jeg ingen erfaringer med metoden. Prosessen har vært både utfordrende og lærerik. Blant annet har jeg lært at jeg bør være bedre forberedt før et intervju. Nervøsitet preget nok intervjusituasjonen. Dette gjorde muligens at jeg fikk litt ufullstendige svar på noen av spørsmålene. Jeg burde også gjennomført et pilotintervju for å teste spørsmålene og tenkte gjennom nødvendige oppfølgingsspørsmål og andre måter å vinkle spørsmålene på for å være mer nøytral som intervjuer. Under intervjuet var vi to sykepleierstudenter og en representant fra Høgskulen på Vestlandet. På forhånd hadde vi avtalt hvilke spørsmål fra intervjuguiden vi skulle stille til informanten. Jeg og den andre sykepleierstudenten hadde ulike spørsmål til informanten. Jeg syntes det var fin flyt under intervjuene og at de ulike rollene fungerte godt.

2.7 Kildekritikk

Dersom studiet omfatter et tema det på forhånd er lite studert vil kravene til kildene være mindre enn om feltet er mye studert (Dalland, 2007). Litteraturgjennomgangen ga ikke svar på problemstillingen, men er brukt som teoretisk forankring for å støtte opp under mine funn fra intervjuene. Jeg har forsøkt å finne den nyeste teorien og forskningen til teoridelen. Hovedsakelig har jeg brukt primærlitteratur som teoretisk grunnlag, noen steder har jeg også brukt sekundærlitteratur da det var vanskelig å få tak i alle nødvendige bøker. Boken «sykepleierteorier – analyse og evaluering» av Marit Kirkevold (1992) er også brukt som sekundærlitteratur da hun tolker andre sitt arbeid. En svakhet ved oppgaven kan være bruk av sekundærlitteratur da litteraturen er bearbeidet og fortolket av andre, perspektivet til den opprinnelige forfatteren kan da ha blitt endret (Dalland, 2007). Noen kilder som Maslow (1954), Martinsen (1989) og Eriksson (1995) er gamle kilder, men de er mye brukt som teoretisk forankring i nyere forskning og litteratur, så jeg har derfor valgt å bruke dem.

3.0 Teori

I dette kapitlet skal jeg presentere og gjøre rede for sentral teori og begreper som utgjør det faglige grunnlaget for min oppgave. En studie gjort i Australia viste at eldre skrøpelige pasienter måtte finne en ny betydning av begrepet «recovery» etter utskrivning fra sykehus (Walker et al., 2014). De måtte innse at bedring etter sykdom tar lengre tid enn før, de måtte redusere forventningene til seg selv og sette seg små mål. Studien konkluderer også med at det er lite kunnskap om hvordan pasientene opplever overgangen, mesteparten av forskningen har hatt et objektivt fokus (Ibid). En annen studie viser at det er en direkte sammenheng mellom kvaliteten på utskrivelse fra sykehus og reinnleggelser for denne pasientgruppen (Bauer et al., 2008). Tiltak som kan øke kvaliteten på utskrivelsen er undervisning, å inkludere de pårørende i prosessen, god kommunikasjon mellom partene, tverrfaglig samarbeid og oppfølging etter utskrivelsen (Ibid).

3.1 Verdighet

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011) står det at all sykepleie skal bygges på respekt for det enkelte menneskes liv og verdighet. Verdighet har en sentral rolle i all utøvelse av sykepleie. Det kan være utfordrende å finne en klar definisjon av begrepet. Edlund(2002) utførte en begrepsmessig modell av begrepet verdighet. Menneskets verdighet ble delt i absolutt verdighet og relativ verdighet. Den absolutte verdigheten er den mennesket er født med, verdigheten er da absolutt og udiskutabel. Den relative verdigheten avhenger av en selv og relasjoner til andre. Relativ verdighet kan brytes ned og bygges opp igjen (Ibid). Haddock (1996) gjennomførte en konseptanalyse for å se nærmere på begrepet verdighet. Definisjonen er skrevet i 1996, men er brukt i nyere faglitteratur og forskningsartikler om verdighet. Haddock (1996) definerer verdighet som:

Dignity is the ability to feel important and valuable in relation to others, communicate this to others, and be treated as such by others, in contexts which are perceived as threatening. Dignity is a dynamic subjective belief but also has a shared meaning among humanity. Dignity is striven for and its maintenance depends on one's ability to keep intact the boundary containing beliefs about oneself and the extent of the threat. Context and possession of dignity within oneself affects one's ability to maintain or promote dignity of another (1996).

Oppsummert kan vi si at verdighet handler om muligheten til å føle seg viktig og verdsatt av andre. I forskningsstudien «Perspectives of health personnel on how to preserve and promote the patient`s dignity in i rehabilitation context» (Caspari, Aasgaard, Lohne, Slettebø & Nåden, 2013) er det gjennomført fokus gruppeintervju av ansatte på forskjellige rehabiliteringssenter. Resultatene i

denne studien viser at verdigheten fremmes ved medbestemmelse fra pasienten. Pasientens tanker og følelser må respekteres og en må lytte til hva pasienten og eventuelt pårørende sier. Dersom helsepersonell overstyrer pasienten vil det hemme pasientens verdighet. Andre faktorer som hemmer pasientens verdighet er dersom helsepersonell bare fokuserer på pasientens diagnose og prøver å pålegge sine egne verdier til pasienten (Ibid).

Begrepet verdighet har flere dimensjoner ifølge Eriksson (1995). Verdighet kommer fra det latinske ordet dignitas som betyr likeverdighet og troverdighet. Begrepet har en ytre og en indre betydning. Den ytre betydning handler blant annet om ære, utseende, holdning og stilling. Den indre betydning retter seg mot troverdighet, æresfølelse og sedelighet (Eriksson, 1995, s.70). Krenking av pasienters verdighet er den vanligste formen for pleielidelse som jeg skal gå nærmere inn på i kapittel 3.2. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011) står det at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet. Dette vil si at sykepleieren skal ivareta en helhetlig omsorg.

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47(2008-2009), 2009) legger også vekt på pasientenes behov for helhetlig pleie. Dette innebærer at sykepleieren skal ivareta en helhetlig omsorg. For å kunne gi helhetlig pleie vil kontinuitet være nødvendig (NSF, 2012). Kontinuitet i hjemmesykepleien er vanskelig (Gjevjog, 2015, s.75). For å sikre kontinuitet må lederne gjøre bevisste valg. De må prioritere, planlegge, koordinere og tilrettelegge for å sikre best mulig kontinuitet (Ibid). Et problem som ofte går igjen i hjemmesykepleien er at pasienten har mange ansatte å forholde seg til, dette kan gå ut over den sosiale kontakten og omsorgen (Birkeland & Flovik, 2014). Autonomiprinsippet vil være med å fremme selvbestemmelse og medbestemmelse samt fremme pasientens verdighet (Caspari et al., 2013).

3.2 Lidelse i pleie

Lidelse er noe som er tilegnet alle mennesker, å lide er en del av å leve. Det finnes ikke en bestemt måte å forholde seg til begrepet på (Eriksson, 1995, s.13). I utgangspunktet ble sykepleie utført for å lindre pasientenes lidelse, utviklingen har derimot ført til at sykepleie skaper lidelse for pasienten. Når sykepleie utøves bør vi strebe etter å redusere lidelse i pleien. Det må skapes en pleiekultur hvor pasienten opplever verdighet. Små hverdagsaktiviteter som å være der, oppmuntre, trøste, formidle håp, være ærlig, oppfylle ønsker og støtte pasienten i hans eller hennes tro er eksempler på hva pleiere har erfart kan lindre pasientens lidelse (Eriksson, 1995, s.76). Jeg skal gå videre inn på de

tre ulike formene for lidelse som vi møter i utøvelse av sykepleie. Det er sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse (Eriksson, 1995, s.66).

3.2.1 Sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse

Sykdomslidelse går ut på at sykdom og behandling kan føre til lidelse. Det kan være både fysisk smerte og åndelig lidelse. Fysisk smerte kan for eksempel være smerte som følge av en prosedyre som å ta blodprøve eller det kan skyldes en postoperativ infeksjon. Åndelig lidelse kan for eksempel forårsakes av opplevelse av skam eller skyldfølelse i forhold til sykdommen (Eriksson, 1995, s.67). Foreldrene til et sykt barn kan føle skam og skyldfølelse. De kan føle det er de som har gjort noe feil siden barnet er blitt syk. Pleielidelse går ut på at pleie eller fravær av pleie kan føre til lidelse. Pleielidelsen kan deles i krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse eller uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s.69). Krenking av pasientens verdighet er det vanligste formen for pleielidelse. Det går ut på å frata pasientens mulighet til å helt og fullt være et menneske (Eriksson, 1995, s70). Slik krenkelse kan for eksempel skje dersom pleieren slurver med stell av intime soner. Fordømmelse kan forekomme dersom pleieren tar avgjørelser om pasientens pleie uten at pasienten får uttale seg. Straff kan forekomme dersom pleieren ikke gir nødvendig pleie eller overser pasienten. Maktutøvelse handler om å ta friheten fra pasienten, både direkte og indirekte (Eriksson, 1995, s.73). Uteblitt pleie er den siste formen for pleielidelse. Det går ut på at pleien blir utelatt, det kan være mindre småting, slurv eller direkte og bevisst. Livslidelse er lidelse som er relatert til alt som det innebærer å leve, det vil si å være menneske. Lidelsen omfatter hele livssituasjonen (Eriksson, 1995, s.74). Det kan for eksempel være en trussel om tilintetgjøres eller følelsen av å gi opp. En pasient med en uhelbredelig sykdom kan føle seg i en håpløs situasjon, pasienten kan gi opp og slutte å kjempe (Eriksson, 1995, s.75).

Pleiens mål kan ikke være helse, den må stekke seg lenger, omfatte menneskelivet som helhet. Å være til for en annen, å tjene, er å virkeliggjøre meningen med sitt liv. Å «gjenopprette» mennesket til å tjene er pleiens endelige mål (Eriksson, 1995, s.78).

3.3 Omsorg

3.3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens som teoretiker. Kari Martinsen er en av Nordens fremste omsorgsforskere. Martinsen er utdannet sykepleier, hennes ideer har påvirket sykepleiefaget i

Skandinavia. Ideene hennes er preget av hovedideen om omsorg som sykepleiens fundament (Kirkevold, 1992). Jeg kjenner meg igjen i hennes idealistiske menneskesyn hvor en ser hver enkelt pasient i et helhetsperspektiv. For å forstå hverandre er omsorg grunnleggende. Omsorg er naturlig og fundamentalt hos mennesker (Martinsen, 1989, s.69). Martinsen forklarer dette med at omsorg forutsetter andre mennesker da omsorg er en sosial relasjon (Ibid). Sykepleierens omsorgsfunksjoner er omfattende. Ut fra målsetning med omsorgen er det to hovedgrupper; vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg. Vekstomsorg er omsorg hvor målet er at pasienten skal klare mer og mer selv. Målet er at pasientens behov for pleie skal opphøre slik at pasienten oppnår egenomsorg. Vedlikeholdsomsorg er omsorg hvor målet med omsorgen er vedlikehold, også tilbakegang. Målet med omsorgen er ikke at behovet for pleie skal opphøre, men å opprettholde de funksjonene som pasienten har (Martinsen, 1989, s. 78).

Det er tre aspekter ved omsorg som Martinsen fremhever. Det er omsorg som det relasjonelle aspektet, omsorg som et moralsk begrep og omsorg som det praktiske aspektet (Martinsen, 1989, s. 71). Omsorg som det relasjonelle aspektet går ut på at omsorg har med fellesskap å gjøre, det skjer mellom mennesker hvor den ene har behov for omsorg og den andre gir omsorg. Omsorg som et moralsk begrep har med forståelse å gjøre. Det handler om å forstå hverandre, forstå hva jeg som sykepleier har som ansvar å gjøre for pasienten ut fra pasientens situasjon. Omsorg som det praktiske aspektet handler om å utføre konkrete handlinger som er til det beste for pasienten (Ibid).

3.3.3 Trygghet som behov

Trygghet er et av de grunnleggende behovene til mennesker. Abraham Maslow (1954) var en psykolog som beskrev menneskers behov, behovene er hierarkisk oppbygd i en pyramide. Det finnes flere ulike måter å forstå trygghet. I utøvelsen av sykepleie er begrepet trygghet brukt som et menneskelig behov, det handler om både sikkerhet og beskyttelse (Thorsen, 2011, s110). Sikkerhet kan for eksempel handle om at helsepersonell iverksetter tiltak for å unngå at en pasient får liggesår eller faller. Beskyttelse kan handle om å beskytte en delirisk pasient da pasienten kan ha behov for å bli skjermet fra omgivelsene (Ibid). Velferdsteknologi blir mer og mer vanlig i helsevesenet. I fremtiden kommer det til å være en naturlig del av helsetjenesten. Det produseres hele tiden nye hjelpemiddel som skal gi pasienten en tryggere hverdag og økt selvhjulpenhet. Det mest vanlige hjelpemiddelet er trygghetsalarm (Birkeland & Flovik, 2012, s.179). Dersom pasienten får et akutt hjelpebehov som følge av fall eller andre situasjoner kan pasienten selv utløse trygghetsalarmen slik

at hjemmesykepleien kommer. Det er dessverre ikke alle pasienter som er i stand til å bruke en slik alarm slik at det må tas individuelle hensyn til hvilke tiltak som iverksettes (Birkeland & Flovik, 2012, s.51). Som sykepleier er det flere ting vi kan gjøre for å øke pasientens trygghet. For det første er det nødvendig med en god relasjon. En god relasjon kjennetegnes av at den er åpen, gjensidig og ærlig. Det er også nødvendig å stole på andre i situasjoner hvor en selv ikke kan gjøre noe, det kalles stole-på-andre-trygghet. For det tredje er det nødvendig med kunnskaps- og kontrolltrygghet. Det går ut på at vi som sykepleier må ha den kunnskapen og kontrollen som trengs for å mestre uventede situasjoner. Vi må vite hva som må gjøres og hvorfor (Thorsen, 2011, s.120).

3.4 Hjemmets betydning

Hjemmet har en spesiell betydning for de fleste. Eldre mennesker har gjerne bodd hele livet i huset sitt. Hjemmet kan derfor inneholde flere minner og historier slik at det kan knyttes til eiernes identitet (Birkeland & Flovik, 2014, s.44). Ved å komme inn i andre sitt hjem kan vi få innsikt i hvordan livssituasjonen til eierne er (Fjørtoft, 2006, s.31). Hjemmet er vanligvis privat. De fleste er vant til å være «sjef» i eget hjem, de har sine egne måter å gjøre ting på (Ibid). Hjemmet kan oppfattes som et sted hvor de som bor der kan oppleve frihet, fred og privatliv (Hilli, 2007, s,57). Eldre som bor på institusjon opplever mer ensomhet enn eldre som bor hjemme, dette skyldes den koselige atmosfæren og tryggheten som hjemmet har (Hilli, 2007, s.59). Hjemmesykepleien kommer inn i andre sitt hjem og gjør handlinger det er utenkelig at en «vanlig» gjest ville gjort (Birkeland & Flovik, 2014, s.44). Pleierne i hjemmesykepleien må ha respekt for andre sitt hjem. De er ikke en invitert gjest, men kommer fordi det er behov for det (Fjørtoft, 2006, s.35).

4.0 Presentasjon av funn

Under begge intervjuene fikk jeg utfyllende svar og mange gode refleksjoner. Vi kom også inn på andre temaer som vi i utgangspunktet ikke hadde tenkt å spørre om. Noe av det er aktuelt for min problemstilling og vil bli inkludert i presentasjon av funn. Jeg hadde to informanter som jeg intervjuet. Videre skal jeg kalle dem informant A og informant B for å skille mellom dem i presentasjon av funn. Under analysen av datasamlingen kom jeg frem til fire tema som er sentrale for hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (se tabell 2). De fire temaene er trygghet, hjemmets betydning, verdighet og kontinuitet i pleien. Jeg skal videre presentere disse funnene som svar på min problemstilling.

Tabell 2. Oversikt over tema og kategorier fra innholdsanalysen av datamateriale.

Tema	Trygghet	Hjemmets betydning	Kontinuitet i pleien	Verdighetens betydning i møte med pasienten
Kategori	- Tilgjengelighet - Flexibilitet i hverdagen	- Aksepterer situasjonen - Hjemme best	- Opplæring - Hjemmesykepleien skaper trygghet hjemme - Oppfølging - Tilrettelegging for den enkelte	- Medbestemmelse - Informasjon ved hjemreise - Uverdighet

4.1 Trygghet

Under intervjuene kom det frem at trygghet er en viktig faktor for opplevelsen av overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. I innholdsanalysen kom det frem to kategorier som viste at trygghet er viktig. Disse kategoriene er tilgjengelighet og fleksibilitet i hverdagen. Trygghet er viktig både for informantene selv og for de pårørende.

4.1.1 Tilgjengelighet

Nødvendig hjelp må være tilgjengelig for at pasienter med store og sammensatte behov skal oppleve trygghet. For å oppleve at hjelpen er tilgjengelig må hjemmesykepleien være velfungerende.

Hjemmesykepleien har stor betydning for informantene. Uten hjemmesykepleien hadde det ikke vært mulig å bo hjemme. Informanten A la vekt på muligheten til å kontakte hjemmesykepleien hele døgnet. Trygghetsalarm er et fint hjelpemiddel slik at informanten selv kan kontakte hjemmesykepleien, det gjør også slik at konen føler seg trygg dersom hun skal ut en tur. Hun vet da at informanten selv har mulighet til å få tak i hjelp dersom det skulle være nødvendig.

«Jeg kan ringe hvis det er noe til hjemmesykepleien. Da får vi hjelp med en gang, og så har jeg alarm på meg. Når ikke konen er her, så bruker jeg den. Vi har nå tilkalt de ofte, ikke ofte men av og til. Til og med midt på natten». (Informant A)

4.1.2 Fleksibilitet i hverdagen

Fleksibilitet i hverdagen er noe som gjør at pasientene og de pårørende opplever trygghet. I denne underkategorien la begge informantene vekt på viktigheten av å kunne søke korttidsopphold dersom det er nødvendig. Dette ga fleksibilitet i hverdagen for ektefellene til informantene slik at de hadde mulighet til å reise vekk av og til. Informantene fortalte også at det ble mye arbeid for ektefellene. Korttidsopphold ble derfor en avlastning både for informantene og de pårørende.

«Vi søker om avlastning hvis jeg skal noen plass og være vekke i flere dager. Han kan jo ikke være aleine. Hverken dag eller natt egentlig. Må jo ha hjelp til det meste». (Konen til informant B)

«Jeg har trengt korttidsopphold, for jeg kan ikke være her aleine, og når konen skal noen plass og sånt, så har jeg vært på sykehjemmet. Der har de alltid hatt plass til meg». (Informant A)

4.2 Hjemmets betydning

Hjemmets betydning viste seg å være viktig i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for begge informantene. Hjemmet har en spesiell betydning for begge to. Der er det kjente omgivelser og informantene vet hvordan hverdagen fungerer. Dette er en av årsakene til at begge informantene ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. På bakgrunn av innholdsanalysen kan hjemmets betydning deles inn i to kategorier; hjemme best og å akseptere situasjonen.

4.2.1 Aksepterer situasjonen

Å akseptere situasjonen bærer preg av at en egentlig vil noe annet, men forstår at en må akseptere situasjonen slik den er. Informant A fortalte at han pleier å være på korttidsopphold etter innleggelse på sykehus. Han aksepterer situasjonen fordi han er innforstått med at han trenger det, selv om han helst ønsker å komme hjem.

«Jeg kommer ikke hjem fra sykehuset, jeg har komt på sykehjemmet, og det har vært greit. Det kunne nå være godt å komme hjem igjen, men jeg har det nå godt når jeg kommer på sykehjemmet og». (Informant A)

4.2.2 Hjemme best

I denne kategorien kom det frem at begge informantene syntes det er best å være hjemme. De trives likevel både på sykehus og på korttidsopphold på sykehjem. Informantene klarte ikke helt å sette ord på hva som var best ved å være hjemme, men begge konkluderte med at hjemme er best.

«Du vet at hjemme er nå best uansett. Hjemme er best». (Informant B)

4.3 Verdighetens betydning i møte med pasienten

Verdighet er en sentral verdi innen sykepleie. Under utøvelsen av sykepleie er det viktig at pasientene føler seg verdsatt. Pasientene kan oppleve verdighet når sykepleieren tar hensyn til den enkelte pasienten og lytter til hva som blir sagt. Dessverre hender det også at pasientene opplever uverdighet som er det motsatte av verdighet. Under min innholdsanalyse var det tre kategorier som viste at informantene opplever både verdighet og uverdighet i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De tre kategoriene er medbestemmelse, informasjon ved hjemreise og utrygghet.

4.3.1 Medbestemmelse(autonomi)

I denne kategorien kom det frem at informantene hadde behov for å få være med å ta avgjørelser som omfatter dem selv. Det gjorde at informantene følte at de fikk god omsorg. Informant B fortalte at han hadde vært innlagt mange ganger på sykehus. Bare en av alle disse gangene hadde legen spurt hvordan informanten hadde det. De andre gangene hadde legene sett at infeksjonsprøvene hadde bedret seg og derfor skrevet informanten ut fra sykehuset.

«Det var en gang, og da lå jeg en dag over. Legen spurte om jeg følte meg sterk nok til å reise hjem. Og det gjorde jeg ikke, så da lå jeg en dag ekstra». (Informant B)

4.3.4 Informasjon ved hjemreise

I denne kategorien kommer det frem at pasientene opplever uverdighet når de ikke får den informasjonen de trenger ved utskrivelse fra sykehus. Dersom informantene får nødvendig informasjon kan det derimot føre til en opplevelse av verdighet.

«Det var en ting på sykehuset som viste at det er for lite betjening. Det var bare en ting, en liten ting jeg skulle spørre om; Ja, bare vent et øyeblikk, vi er opptatt med andre ting. Så jeg fikk ikke noe svar på det. Hun skulle komme inn igjen, men hun kom nå aldri. Men det viser at de gjør alt det de kan, men det er for lite folk» (Informant A)

Informant A beskriver en situasjon hvor han prøver å få svar på et spørsmål. Dette viser seg å være vanskelig da de ansatte på sykehuset er opptatt med andre ting. Informanten unnskylder de ansatte med at de gjør sitt beste, men de er for få på jobb.

4.3.5 Uverdighet

En annen faktor som har betydning for opplevelsen av overgangen er uverdighet. Det er flere årsaker til at informantene opplevde uverdighet i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Konen til informant B fortalte at ektemannen flere ganger var skrevet ut for tidlig fra sykehuset.

«Det eneste jeg kan klage på er at det har skjedd gang etter gang når han har blitt utskrevet fra sykehus. De skriver de ut for tidlig. Det er jo lungebetennelse han har vært innlagt for flere ganger da. Då kom han for tidlig hjem og måtte ha ny kur igjen etter en uke. Og dette har gjentatt seg flere ganger. At vi har kommet hjem med den kuren så har det tatt seg opp igjen. Då var du bare hjemme en uke så ble du lagt inn igjen». (Konen til informant B)

For tidlig utskrivelse fra sykehuset førte altså til at infeksjonsprøvene forverret seg etter noen dager slik at informanten måtte få ny antibiotikakur. Flere ganger har det ført til reinnleggelse på sykehuset. Dette er en faktor som gjør at informanten føler seg uverdigg behandlet.

4.4 Kontinuitet i pleien

En annen viktig faktor for hvordan informantene opplever overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er kontinuitet i pleien. Det vil si at både sykehuset, hjemmesykepleien, sykehjemmet og fastlegen samarbeider for at informanten skal få helhetlig oppfølging som viser at det er kontinuitet i pleien. Under analysen av det transkriberte materiale fant jeg fire kategorier som viser hva som gjør at informantene opplever kontinuitet i pleien. De fire kategoriene er opplæring, hjemmesykepleien skaper trygghet i hjemmet, god organisering og tilrettelegging for den enkelte.

4.4.1 Opplæring

Opplæringen må rettes mot at informanten skal mestre hverdagen på best mulig måte. Både praktisk og teoretisk opplæring er derfor aktuelt. Informant B hadde fått pusteøvelser han skulle gjøre hver dag slik at lungefunksjonen bedres for å forebygge lungebetennelse. Det kan være med å redusere antall innleggelser for han på sykehus.

«Jeg har fått noen øvelser jeg måtte drive med når jeg er hjemme. Har en sånn til og puste inni, den pipen som ligger her». (Informant B)

4.4.2 Hjemmesykepleien skaper trygghet i hjemmet

I denne kategorien ble det lagt vekt på at hjemmesykepleien er bindeleddet mellom fastlege og pasient. Dette var noe begge informantene la vekt på viktigheten av. De la vekt på trygghetsfølelsen dette gav dem.

«Ofte har hjemmesykepleien konferert med fastlegen. Så det er nå mest gjennom de vi har hatt kontakt de siste gangene han har vært innlagt. Så det er en veldig god ordning. Vi føler oss veldig trygge på å ha de i bakhånd». (Konen til informant B)

4.4.3 God organisering

Det er mye som må organiseres for å gjøre hverdagen så lett som mulig for denne pasientgruppen. Før intervjuene tenkte jeg at et av problemene for disse pasientene var at de hadde mange å forholde seg til på grunn av flere diagnoser som trenger oppfølging av mange ulike spesialister. Begge

informantene fortalte i midlertidig at dette fungerte fint. Informant B fortalte at når han hadde vært innlagt på sykehus de siste gangene så var det en bestemt lege han hadde forholdt seg til.

«Det er som regel han (en bestemt lege) jeg har hatt med og gjort. På alle visitter og sånt er det han». (Informant B)

4.5.4 Tilrettelegging for den enkelte

Det som kom frem i denne kategorien er at dersom det skal være kontinuitet i pleien så må pleien tilrettelegges for den enkelte. Pasienter med store og sammensatte behov er en sårbar gruppe. Alle har forskjellige behov som gjør at pleien må tilrettelegges. Informant A fortalte hvor flinke de ansatte på sykehjemmet hadde vært til dette. Korttidsoppholdet hadde blitt tilrettelagt slik at han fikk mest mulig ut av det. For informant A var det viktig at kostholdet var tilrettelagt siden han hadde spesielle behov.

«Det blir intervju med det samme jeg kommer på korttidsopphold der de spør om alt mulig, nå er jeg litt spesiell i kosten. Jeg bare sier hva jeg vil ha, og da får jeg det». (Informant A)

5.0 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I dette kapitlet skal jeg drøfte funnene som ble presentert i kapittel 4.0 opp mot den teoretiske forankringen i kapittel 3.0. Jeg skal også drøfte metoden som er tatt i bruk.

5.1 Drøfting av funn

Under intervjuene kom det frem at trygghet var en viktig opplevelse i overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. Informantene fortalte om situasjoner som ga dem trygghet, disse situasjonene handlet om tilgjengelighet og fleksibilitet i hverdagen. Det kom frem at nødvendig hjelp må være tilgjengelig for at pasienter med store og sammensatte behov skal oppleve trygghet. Tilgjengelig hjelp består blant annet av at hjemmesykepleien er velfungerende. Det er hjemmesykepleien som gjør det mulig for informantene å bo hjemme. Abraham Maslows (1954) behovspyramide beskriver menneskers behov. Trygghet er et av de grunnleggende behovene mennesker har. I utøvelse av sykepleie handler trygghet om sikkerhet og beskyttelse (Thorsen, 2011, s.110). Sikkerhet og beskyttelse handler for eksempel om sikkerhetstiltak som for eksempel å iverksette tiltak for pasienter som har fallrisiko. Slike tiltak gir trygghet både for pasienten selv og de pårørende, det fremmer også pasientens verdighet. Begge informantene jeg intervjuet hadde trygghetsalarm som de brukte når de var alene hjemme. Trygghetsalarm er hensiktsmessig å bruke dersom pasienten får et akutt hjelpebehov som gjør det vanskelig å få hjelp på andre måter (Birkeland & Flovik, 2012, s.51). Det er et teknologisk hjelpemiddel som gjør slik at hjelpen fra hjemmesykepleien er mer tilgjengelig. Dersom det skulle oppstå en situasjon kan pasienten trykke på alarmen for å tilkalle hjelp. Pasientene kan føle seg trygge i egen bolig, da de får hjelp når de trenger det. Hjemmesykepleien kan på denne måten gi helhetlig omsorg til pasienten. I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er helhetlig omsorg nødvendig for at sykepleierne skal ivareta pasients verdighet (NSF, 2011). Helhetlig omsorg innebærer å se hver enkel pasient som et enkeltindivid (Martinsen, 1989, s.69). Det handler om å se den enkelte pasientens behov.

Videre i intervjuene kom det frem at fleksibilitet i hverdagen gjorde at både informantene og de pårørende opplevde trygghet. Økt trygghetsfølelse hos pasientene kan fremmes ved en god relasjon med helsepersonellet. En god relasjon kjennetegnes av at den er åpen, gjensidig og ærlig (Thorsen, 2011, s.119). Martinsen (1989) fremhever omsorg som en sosial relasjon, med det mener hun at

omsorg forutsetter andre mennesker. Omsorg som det relasjonelle aspektet vektlegger at omsorg har med fellesskap å gjøre, det skjer mellom mennesker. Noen har behov for omsorg, mens andre gir omsorg (Ibid). Helsepersonell gir omsorg til pasientene som har behov for det. Den gode relasjonen fører til god omsorg som igjen fører til trygghet for pasientene. En viktig del av denne tryggheten er at pasientene føler seg trygg på at helsepersonell vet hva som er riktig å gjøre i uventede situasjoner (Thorsen, 2011, s.120). Denne typen trygghet kalles stole-på-andre trygghet. I situasjoner hvor en selv ikke kan gjøre noe må en stole på at andre har kontroll. For sykepleierne handler det om å ha kunnskaps- og kontrolltrygghet. Sykepleierne må ha nødvendig kunnskap for å vite hva som bør gjøres i akutte situasjoner og hvorfor (Ibid).

For å oppleve fleksibilitet i hverdagen var muligheten til å søke korttidsopphold sentral for informantene. Noen uker på korttidsopphold ble en avlastning både for informanten selv og de pårørende. Det er en stor belastning for de pårørende å ha pasienter med store og sammensatte behov boende hjemme. Muligheten til å søke korttidsopphold var noe informantene selv ønsket, på denne måten var de selv delaktig i egen behandling og pleie. Dette fremmer pasientens verdighet (Caspari et al., 2013). Mine egne erfaringer både fra spesialist-, og primærhelsetjenesten er at pasientene verdsetter muligheten til å få være med å bestemme og ta egne avgjørelser i beslutninger som omfatter deres egen behandling og pleie. Trygghet er som sagt et av de grunnleggende behovene til mennesker og er derfor sentralt i opplevelsen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. Dersom overgangen skal oppleves på en positiv måte må følelsen av trygghet være til stede.

Det viste seg at hjemmet har en spesiell betydning for informantene. «Å akseptere situasjonen» og «hjemme best» var kategorier som viste hvordan hjemmets betydning virker inn på opplevelsen av overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. Hjemmets betydning er ikke en opplevelse, men heller en faktor som har betydning for hvordan opplevelsen blir. Hjemmet er privat og har en spesiell betydning for de fleste, ofte er det fult av minner og historier (Birkeland & Flovik, 2014, s.44). Spesielt for eldre som gjerne har bodd der lenge, noen bor også i barndomshjemmet sitt. Det kan være en av årsakene til at informantene ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. En annen årsak kan være at en er «sjef i eget hjem» (Fjørtoft, 2006, s31). Pasientene tar del i egen pleie og behandling når de ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Det å være delaktig i egen pleie og behandling fremmer pasientens verdighet (Caspari et al., 2013).

Min erfaring er at de fleste pasientene jeg har vært til i hjemmesykepleien bor hjemme fordi de ønsker det selv. Noen pasienter er utfordrende for hjemmesykepleien på grunn av komplekse problemstillinger. Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013) fokuserer på hvordan helsevesenet kan møte utfordringer vi kommer til å møte i årene fremover. Samfunnets ressurser skal tas i bruk, det skal utvikles ny teknologi og faglige metoder som vil styrke kommunenes helsetjenester (Ibid). På denne måten kan primærhelsetjenesten bli bedre rustet til å ta imot utfordrende pasienter. Det kan være pasienter som er avhengig av utstyr som hjemmesykepleien ikke har tilgjengelig eller ikke er vant til å bruke som sondemat på PEG-sonde, smertepumpe, oksygenbehandling eller intravenøs behandling. Dette kan gi opplevelse av både sykdomslidelse og livslidelse for pasienten som er to former for lidelse som vi møter i utøvelse av sykepleie. Sykdomslidelse kan bestå av fysisk smerte og åndelig lidelse (Eriksson, 1995, s.67). Fysiske lidelse kan skyldes smertefulle prosedyrer som intravenøs behandling, eventuelt komplikasjoner som følger av behandlingen. Åndelig lidelse kan være en opplevelse av skam og skyldfølelse. Pasienten kan ha skyldfølelse for egen sykdom, pasienten kan spørre seg selv om han gjort noe galt. Er det min egen skyld at jeg er blitt syk? Er det min egen skyld at jeg er avhengig av oksygen? Hva hadde skjedd dersom jeg ikke har røykt? Slike spørsmål kan gi pasienten sykdomslidelse. Livslidelse er en annen form for lidelse som vi møter i utøvelsen av sykepleie. Livslidelse er lidelse som er relatert til det å være menneske, å leve (Eriksson, 1995, s.74). Flere alvorlige diagnoser kan føre til at pasientene opplever denne formen for lidelse (Ibid).

Den ene informanten ønsker helst å komme hjem etter en sykehusinnleggelse, men aksepterer å komme på et korttidsopphold, da han er innforstått med nødvendigheten av det på grunn av den reduserte allmenntilstanden. Det kan være belastende å få hjelp av hjemmesykepleien både for pasientene og for de pårørende. Hjemmet kan oppfattes som et sted hvor de som bor der kan oppleve frihet, fred og privatliv (Hilli, 2007, s,57). Hjemmesykepleien kommer inn i andre sitt hjem og gjør handlinger det er utenkelig at en «vanlig» gjest ville gjort (Birkeland & Flovik, 2014, s.44). Jeg kan selv tenke meg hvordan det kan føles dersom hjemmesykepleien hadde kommet inn i mitt hus. Det ville virket belastende og ville ødelagt følelsen av frihet som jeg har i mitt eget hus.

Informantene har opplevd både verdighet og uverdighet i overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. Dette viste seg gjennom kategoriene medbestemmelse, informasjon ved hjemreise og utrygghet i innholdsanalysen. Verdighet er en sentral verdi i sykepleie, all sykepleie skal

bygges på respekt for den enkelte menneskets liv og verdighet (NSF, 2011). Pasientenes verdighet fremmes blant annet gjennom medbestemmelse. Helsepersonell må lytte til hva pasienten sier og respektere det. Dersom helsepersonell overstyrer pasientens medbestemmelse vil det hemme opplevelsen av verdigheten (Caspari et al., 2013). Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien, 2010) ligger også vekt på viktigheten av selvbestemmelse, målet med denne forskriften er å bidra til en meningsfull alderdom og å tilrettelegge for et mest mulig normalt liv. Verdighet handler om muligheten til å føle seg verdsatt av andre (Haddock, 1996). Målet med sykepleie må strekke seg til å gjenopprette «mennesket» som en helhet (Eriksson, 1995, s.78). På denne måten kan pasienten føle seg verdsatt. Under intervjuet forteller den ene informanten at han har vært innlagt på sykehuset mange ganger, og bare en av alle disse gangene spurte legen hvordan han følte seg før han ble skrevet ut fra sykehuset. De andre gangene hadde legene sett at infeksjonsprøvene hadde bedret seg og derfor skrevet han ut fra sykehuset. Dersom all sykepleie skal bygges på respekt for den enkelte menneskers liv og verdighet innebærer det å ivareta en helhetlig omsorg. Kari Martinsens omsorgsfilosofi har et idealistisk menneskesyn. Det betyr at en skal se hver enkelt pasient i et helhetsperspektiv (Martinsen, 1989). For å se pasientene i et helhetsperspektiv må en se hver pasient som et individ. Dersom helsepersonell bare fokuserer på pasientens diagnoser vil det hemme pasientens verdighet (Caspari et al., 2013). En helhetlig omsorg som fokuserer på pasientene som et enkelt individ og ikke bare på diagnosen avhenger av å høre pasientens mening. I situasjonen hvor pasienten blir skrevet for tidlig ut fra sykehuset vil det si at pasienten selv må få fortelle hvordan han opplever situasjonen. Dersom legen bare ser på infeksjonsprøvene vil jeg påstå legen fokuserer mer på diagnosen enn på helhetlig pleie til pasienten. Fravær av pleie fører til at pasienten opplever lidelse, denne formen for lidelse kalles pleielidelse (Eriksson, 1995, s.69). Menneskers verdighet er delt i absolutt og relativ verdighet. Den absolutte verdigheten er den vi er født med, den er absolutt og udiskutabel. Den relative verdigheten kan brytes ned og bygges opp igjen. Relativ verdighet avhenger av en selv og relasjoner til andre (Edlund, 2002). Det er derfor den relative verdigheten som bygges opp eller brytes ned avhengig av hvordan pasientene opplever overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten.

Videre i intervjuet kom det frem at informantene opplevde uverdighet når de ikke fikk den informasjonen de trenger ved utskrivelse fra sykehus. Dersom de derimot får nødvendig informasjon vil det fremme verdigheten. For å kunne gi helhetlig pleie vil kontinuitet være nødvendig (NSF, 2012). Den ene informanten beskrev en situasjon hvor han prøvde å få svar på et spørsmål, det viste seg å være vanskelig da helsepersonellet var opptatt med andre ting. Pasienten opplevde uverdighet.

Omsorg som et moralsk begrep handler blant annet om at helsepersonell forstår hva de har som ansvar å gjøre for pasientene (Martinsen, 1989, s.71). Helsepersonellets ansvar avhenger av pasientens situasjon. Informanten fikk ikke svar på sitt spørsmål, han fikk beskjed om at de ansatte var opptatt med andre ting. I en slik situasjon følger ikke helsepersonellet det moralske begrepet av omsorg. Situasjonen informanten opplevde fører ikke til helhetlig pleie - informanten opplevde altså ikke kontinuitet i pleien da han ikke fikk svar på det han lurte på. Uverdighet i overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten kan skyldes flere ting. Den ene informanten beskrev at han flere ganger var skrevet for tidlig ut av sykehus noe som førte til flere reinnleggelser og lengre sykdomsforløp. En studie viser at det er en direkte sammenheng mellom kvaliteten på utskrivelsen fra sykehus og reinnleggelser (Bauer et al., 2008). Dette viser at god kvalitet er viktig ved utskrivelse for å forhindre reinnleggelser. Faktorer som kan forbedre kvaliteten på utskrivelsen er undervisning, inkludere de pårørende i prosessen, god kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og oppfølging etter utskrivelsen (Bauer et al., 2008). Informanten opplevde en situasjon hvor uteblitt pleie fører til lidelse. Denne formen for lidelse er pleielidelse som er beskrevet som lidelse hvor pleie eller fravær av pleie kan føre til lidelse. Informanten opplevde lidelse som følge av uteblitt pleie da han ble skrevet ut for tidlig. Dette førte til lidelse da infeksjonen tok seg opp igjen gang på gang som førte til nye kurer med antibiotika og reinnleggelser. I utgangspunktet skal sykepleie lindre pasientenes lidelse, men dessverre hender det også at utøvelse av sykepleie skaper lidelse for pasienten (Eriksson, 1995, s.76). Dersom kvaliteten på utskrivelsen hadde vært bedre i første omgang kan det være pasienten hadde unngått flere reinnleggelser. Etter samhandlingsreformen (Meld. St- 47, 2008-2009) skal pasienter bli skrevet ut tidligere fra sykehus. De skal bli skrevet ut når de er utskrivningsklar og ikke ferdigbehandlet (Ibid). Dette gjør at pasientene blir skrevet ut tidligere fra sykehus, noe som kan føre til at pasientene føler de blir skrevet for tidlig ut. Målet med samarbeidsreformen er blant annet å bedre samarbeide mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten slik at pasientene får god oppfølging etter utskrivelse for å forhindre reinnleggelser (Ibid).

Funnene fra intervjuet viser at kontinuitet i pleien har betydning for hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen fra spesialist-, til primærhelsetjenesten. Kontinuitet i pleien fører til en god opplevelse, mens mangel på kontinuitet fører til en dårlig opplevelse. For å oppleve kontinuitet i pleien må både sykehuset, hjemmesykepleien, sykehjemmet og fastlegen samarbeide for å gi helhetlig oppfølging til pasienten. Kontinuitet er nødvendig for å gi helhetlig pleie (NSF, 2012). I innholdsanalysen var kategoriene «opplæring», «hjemmesykepleien skaper trygghet i

hjemmet», «god organisering» og «tilrettelegging for den enkelte» som viste at kontinuitet i pleien har betydning for pasientens opplevelse av overgangen. Det må gis opplæring til pasientene slik at de kan mestre hverdagen på best mulig måte. Opplæring kan føre til både vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg (Martinsen, 1989, s.78). I vekstomsorg vil målet være å gi opplæring til pasienten slik at pasientens behov for pleie reduseres eller opphøres. Pasienten kan da oppnå egenomsorg. I vedlikeholdsomsorg er målet med omsorgen vedlikehold. Omsorgen skal prøve å opprettholde pasientens funksjoner, men målet er ikke at behovet for omsorg skal opphøre (Ibid). En studie gjort i Australia viser at skrøpelige eldre pasienter må finne en ny betydning av begrepet «recovery». Pasientene må ha mindre forventninger til seg selv, ha små mål og akseptere at bedring tar lengre tid enn før (Walker et al., 2014). Det peker mot at eldre skrøpelige pasienter trenger vedlikeholdsomsorg, det er urealistisk å ha som mål at behovet for omsorg skal opphøre. Den ene informanten hadde fått opplæring i bruk av PEEP-fløyte. PEEP-fløyten skulle brukes hver dag for å vedlikeholde/forbedre lungefunksjonen slik at antall innleggelser på grunn av lungebetennelse kan reduseres. Dette er et tiltak som kan føre til økt opplevelse av verdighet i hverdagen for pasienten. Opplæringen var rettet mot hvordan informanten skulle bruke fløyten og hvor ofte det var nødvendig.

Videre i intervjuet ble det lagt vekt på at hjemmesykepleien skaper trygghet i hjemmet. Hjemmesykepleien sørger blant annet for kontinuitet gjennom å være bindeledd mellom fastlege og pasient. Dette var noe begge informantene syntes fungerte fint. Det gjorde at informantene følte seg trygge. Det kan være vanskelig å ha kontinuitet i hjemmesykepleien (Gjevjon, 2015, s.75). Ofte er det for mange ansatte i hjemmesykepleien å forholde seg til (Birkeland & Flovik, 2014). Informantene bor på små plasser «hvor alle kjenner alle», det kan være årsaken til at informantene syntes det fungerte fint. For å sikre kontinuitet i hjemmesykepleien må lederne planlegge, prioritere, koordinere og tilrettelegge (Gjevjon, 2015, s.75). Pasienter med store og sammensatte behov har ofte oppfølging av ulike avdelinger og poliklinikker på sykehuset. På forhånd trodde jeg det var en utfordring for denne pasientgruppen at det var for mange å forholde seg til. For eksempel dersom en pasient har både leddgikt, kols og et tidligere hjerneslag vil pasienten ha behov for oppfølging for alle diagnosene. Da er det mange ulike spesialister og forholde seg til. Funn fra intervjuet viste i midlertidig at begge informantene syntes dette fungerte fint. Den ene informanten fortalte til og med at det som oftest var en lege han hadde forholdt seg til ved de siste innleggelsene på sykehuset.

Helsepersonell kan skape en god relasjon til pasienten ved å være åpen, gjensidig og ærlig. Den gode relasjonen mellom helsepersonell og pasienten fører til god omsorg som igjen fører til økt trygghet for pasienten. Omsorgen har en sosial relasjon (Eriksson, 1995). En viktig del av denne tryggheten er at pasientene føler seg trygg på at helsepersonell vet hva som er riktig å gjøre i uventede situasjoner (Thorsen, 2011, s.120). Under intervjuene kom det videre frem at for å oppleve kontinuitet i pleien så må pleien tilrettelegges for hver enkelt pasient. Hver enkelt pasient har ulike behov som gjør at pleien må tilrettelegges. Den ene informanten fortalte at når han kom på korttidsopphold etter en innleggelse på sykehuset ble det «intervju». De ansatte stilte spørsmål og foretok en datainnsamling slik at de på best mulig måte kunne tilrettelegge pleien til den enkelte.

5.2 Drøfting av metode

Jeg har valgt et kvalitativt design i denne studien da det var mest hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Videre skal jeg drøfte oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Reliabilitet handler om studiens pålitelighet (Thorsen, 2013, s.23). En svakhet ved studien er at det ikke ble gjennomført pilotintervju på forhånd. For å styrke påliteligheten stilte jeg åpne spørsmål under intervjuet. En representant fra Høgskulen på Vestlandet var også med for å sikre reliabilitet. Bruk av lydopptak under intervjuet var bedre enn bruk av notater da ordrett transkripsjon av intervjuet gjør datamateriale mer uavhengig av forskerens vurderinger (Thorsen, 2013, s.203). Presentasjon av funnene er presentert sammen med flere sitater for å sikre at informantenes mening kommer klart frem. Validitet handler om studiens gyldighet (Thorsen, 2013, s.23). Informantene var strategisk valgt ut for å finne informanter som var hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Intervjuguiden var utarbeidet på forhånd. Det viste seg at noen spørsmål var mer hensiktsmessig enn andre for å få svar på problemstillingen. I metodekapittelet er det gjort rede for hvordan analyse og tolkning av datamateriale er gjennomført. Gjennom studiens prosess har jeg blitt veiledet for å bedre kravene til reliabilitet og validitet. Grunnlaget for tolkning er beskrevet, dette styrker validiteten (Thorsen, 2013, s.205). Totalt sett vil jeg si at studien oppfyller krav til reliabilitet og validitet. Overførbarhet vil si om studiens funn også kan gjelde i andre sammenhenger (Thorsen, 2013, s.23). I min studie hadde jeg bare to informanter som gjør det vanskelig å overføre resultatene til andre sammenhenger (Kvale & Brinkmann, 2015, s.289).

6.0 Konklusjon

Formålet med studien var å finne ut hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten. Metoden jeg benyttet meg av var intervju som kvalitativ metode da det var mest hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen min. Jeg skal nå oppsummere de viktigste funnene fra studien min i fire punkter.

1. Det første som har betydning for pasientenes opplevelse av overgangen av følelsen av trygghet. Helsepersonell kan fremme pasientenes oppfattelse av trygghet på flere måter. For å fremme pasientens opplevelse av trygghet er tilgjengelig hjelp og fleksibilitet i hverdagen sentralt.
2. Hjemmets betydning er en faktor for hvordan overgangen blir. Hjemmet har en spesiell betydning for de som bor der, hjemmet er fylt med minner og historier som er med på å forme eierne. Å akseptere situasjonen og hjemme best var kategorier som viste at hjemmets betydning var sentral for opplevelsen.
3. Kontinuitet i pleien har en sentral betydning for overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Mangel på kontinuitet kan oppleves uverdigg og kan til og med føre til økt opplevelse av lidelse. For å fremme kontinuitet er det viktig med nødvendig opplæring, oppfølging og tilrettelegging for den enkelte. Hjemmesykepleien kan gjennom sine tiltak fremme kontinuitet.
4. Det siste som har betydning for hvordan pasientene opplever overgangen er verdighet. Verdighetens betydning i møte med pasienten viste seg gjennom medbestemmelse, informasjon ved hjemreise og utrygghet. Pasienter med store og sammensatte behov opplever både verdighet og uverdighet i overgangen mellom spesialist-, og primærhelsetjenesten.

Disse funnene svarer på hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen fra spesialist-, til primærhelsetjenesten. Mine funn tyder på at opplevelsen er kompleks og sammensatt. Da jeg bare hadde to informanter vil det gjøre det vanskelig å generalisere resultatene. Jeg vil konkludere med at det er behov for mer kunnskap om hvordan pasienter med store og sammensatte behov opplever overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Denne kunnskapen er viktig for de ansatte i hjemmesykepleien slik at de på best mulig måte skal ta imot denne pasientgruppen etter sykehusinnleggelse. Kunnskapen vil også være aktuell for innholdet i sykepleierutdanningen fordi det er en relevant problemstilling i dagens samfunn og i årene fremover da det er ventet en eldrebølge. Samhandlingsreformen fokuserer også på å sende pasientene hjem på et tidligere stadium av behandlingen. Primærhelsetjenesten må derfor ta imot

mer utfordrende pasienter, kunnskap om hvordan pasientene opplever overgangen er relevant for å gjøre opplevelsen så bra som mulig. Spesielt for pasienter med store og sammensatte behov som er en sårbar gruppe og står for en stor andel av sykehusinnleggelsene. I den tiden jeg har jobbet med oppgaven har jeg funnet flere tema som det kunne vært interessant å gå nærmere inn på. Blant annet hvordan en ved hjelp av bedre oppfølging kan redusere antall liggedøgn på sykehus for pasienter med store og sammensatte behov og hvordan en kan bedre livskvaliteten til disse pasientene.

Bibliografi

- Allen, J., Hutchinson, A, M., Brown, R., Livingstone, P, M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 14(346). doi: 10.1186/1472-6963-14-346.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. (2008). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of clinical nursing*. 18, 2539-2546. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x
- Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Slettebø, Å., Nåden, D. (2013). Perspectives of health personnel on how to preserve and promote the patients' dignity in a rehabilitation context. *Journal of clinical nursing*. 22(15), 2318-2326. doi: 10.1111/jocn.12181.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Doktoravhandling. Åbo: Åbo akademis Förlag: Åbo University Press.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Til norsk ved Øyvind Randers-Perherson. Tano AS.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 21.03). Livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Gjevjon, E, R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1(1),18-26. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/380710/Kontinuitet.i.hjemmespl.pdf>
- Graneheim, U. H., Lundmann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Haddock, J. (1996). Towards further clarification of the concept dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5) 924-931, doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02927.x>

Helse Vest. (2013, 30.01). Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester i Nordfjord-området.

Hentet fra <https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtidas%20lokalsjukehus/Sluttrappport/05%20F%C3%B8lgjeforskningsrapport%20Storbrukarar%20av%20somatiske%20spesialisthelsetenester%20i%20Nordfjord.pdf>

Hilli, Y. (2007). *Hemmet som ethos*. Åbo: Abo akademisk forlag.

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleierteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundman, B., Graneheim, U, H. (2012). Kvalitativ innhållsanalys. I M. Granskar., B. Hoglund-Nielsen (red.), *Tilampad kvalitativ forskning inom halso- och sjukvård (s.187-199)*. Lund: Studentlitteratur AB.

Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidssk Nor Lægeforen*, 25. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Martinsen, K. (1989). *Omsorg sykepleie og medisin – Historisk filosofisk essays*. Tano AS.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New york: Harper & Row.

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Departementenes servicesenter.

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.

Nasjonal digital læringsarena. (2017, 03.03). Helsesektoren. Hentet fra:

<http://ndla.no/nb/node/4000?fag=8>

Northern Nurses`s Federation. (2003). Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i norden. Hentet fra <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>

Norsk senter for forskningsdata. Om NSD. Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/om/>

Norsk Sykepleie Forbund. (2011). *Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Sykepleie Forbund. (2012). Sammendrag – sykepleieperspektiv på kontinuitet. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/1003001/Sammendrag_britt_Ingunn_Wee_S%E6vig.pdf

Statistisk Sentralbyrå. (2016). Dette er Norge 2016 – Hva tallene forteller. Hentet fra

<http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/274437?ts=1567e828450>

Sternberg, A. S., Schwartz, A. W., Karunaanathan, S., Bergman, H., Clarfield, A. M. (2011). The identificatoin of frailty: A systematic litterature review. *Journal og the American Geriatrics Society*. 59(11), 2129-38. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x

Thaagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (red). *Bind 3 Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer* (s.106-130). Oslo: Gyldendal akademisk.

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>

World Medical Association. (2013, 10). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involvin Human Subjects. Hentet fra

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Walker, R., John, J., Halliday, D., (2014). How older people cope with frailty whitin the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Healt and social care in the community*. 23(2), 216-224. doi: 10.1111/hs

Vedlegg 1. Mitt fokus fra intervjuguiden.

Intervjuguide.

1. *Innleiing:*

Alder:

Aktuelle diagnosar:

Familie og vener: Kven er din næraste pårørande? Kor ofte får du besøk?

Sjukehistorie: Kva sjukdommar blir du følgd opp i forhold til og kven følger det opp? Har du vore innlagt på sjukehuset fleire gongar det siste året?

2. *Ved heimreise:*

a) Korleis opplevde du det å reise heim frå sjukehuset?

Fekk du informasjon kva du skulle gjere dersom du vart dårleg igjen? Var det nokon som viste at du kom heim? Hadde du det utstyret du trengde? Kjende du deg trygg? Fekk du nokon du kunne kontakte når du kom heim? Hadde du kontroll på medisinane dine?

b) Opplevde du at kommunen og sjukehuset samarbeida om utskrivinga?

c) Fekk du informasjon som var nyttig for deg? Var det noko informasjon du sakna?

d) Opplevde du at du var involvert i avgjerla rundt utskriving? Vart dine ønskjer tatt hensyn til?

3. *Overgang frå sjukehus til kortidsopphald*

a) Kva gjorde at du trengte å komme på kortidsopphald?

Oppfølging spørsmål: Opplevde du at du var involvert i avgjerla? Vart dine ønskjer tatt hensyn til?

b) Opplevde du at kommunen og sjukehuset samarbeida om utskrivinga til korttidsopphald?

c) Fekk du informasjon som var nyttig for deg? Var det noko informasjon du sakna?

4. *Kortidsopphaldet*

a) Var korttidsopphaldet nyttig for deg? (Kvifor? Eller kvifor ikkje?)

b) Opplevde du at personalet visste kva du trengde og kjende du deg trygg?

Vedlegg 2. Samtykkeskjema for kvalitetsforbedringsprosjektet.

Førespurnad om deltaking i kvalitetsforbetringsprosjekt for

Pasientar med store, langvarige og samansette behov

Prosjektet er eit samarbeid mellom Helse Førde, Høgskulen i Sogn og Fjordane og kommunane Eid, Flora og Førde. Det vil bli gjennomført av prosjektleiar frå Helse Førde som får hjelp av bachelor- og masterstudentar frå Høgskulen i Sogn og Fjordane. Vi ønskjer å vite meir om deg og dine hjelpebehov for å kunne betre helsetenesta for pasientar i liknande situasjon i framtida.

Du vert spurt om å delta i dette prosjektet fordi du har vore på sjukehus og korttidsopphald i heimkommunen din for kort tid sidan.

Kva inneber prosjektet?

Vi vil gjennomføre fleire ulike prosessar på nyåret 2017.

1. Intervju av deg og eventuelt nær pårørande. Intervjuet vil ta om lag ein time. Dersom det blir for stritt for deg, deler vi det opp. Vi tar kontakte for å avtale tidspunkt. Intervjuet kan gjerast heime hjå deg eller i ein helseinstitusjon i nærleiken etter kva som passar best.
2. Registrere aktuelle opplysningar frå journalane dine i Helse Førde og kommunehelsetenesta.
3. Arranger diskusjon om forslag til ulike tiltak i møte med gruppe sett saman av helsepersonell, representantar for brukarar og pårørande. Opplysningane om deg blir behandla og presenterte anonymt.
4. Det bli vil laga ein rapport over prosjektet der alle opplysningar er anonyme slik at ingen skal kunne kjenne att enkeltpersonar. Det kan og bli skrive studentoppgåver under same føringar.
5. Det kan verte aktuelt at sjukepleier studentar gjennomfører funksjonsvurderingstestar på deg, men dette vil du få nærare informasjon om dersom det blir aktuelt.

Moglege fordeler og ulemper

Ditt bidrag i prosjektet kan vere med å forbetre helsetenestilbodet i Sogn og Fjordane, både på sjukehus og i kommunen.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjon om deg skal berre brukast som omtalt i prosjektet. Du har rett til innsyn i kva som er registrert om deg rett til å korrigere eventuelle feil i opplysningane. Alle opplysningar blir behandla utan namn eller andre gjenkjennande opplysningar, ein kode vil knyte deg til ei namneliste. Prosjektleiari har ansvar for dagleg drift av prosjektet og at alle opplysningar blir behandla på ein sikker måte. Informasjonen om deg vil bli sletta ved prosjektslutt men kan vert brukt anonymisert i vitenskaplege publikasjonar, bachelor oppgåver og masteroppgåver.

Frivillig deltaking

Du deltek frivillig i prosjektet ved å skrive under samtykkeerklæringa på neste side. **Du kan når som helst trekke samtykket utan grunngjeving. Det vil ikkje få konsekvensar for di behandling vidare. Dette gjeld og dersom du vel å ikkje vere med i prosjektet.** Dersom du vel å trekke deg, kan du krevje at vi slettar alle opplysningar som er komne fram om deg. Du kan og velje å berre vere med i delar av prosjektet, t.d berre delta på intervju og ikkje på funksjonvuderingsstestar.

Har du spørsmål, kontakt prosjektleiari Anne Marte Sølsnes, tlf. 97 12 14 21, e-post anne.marte.solsnes@helse-forde.no

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av lokalt personvernombod i Helse Førde

Samtykke til deltaking i PROSJEKTET: «Pasientar med store og samansette behov»

Opplysingane om meg kan brukast anonymt i

- Student oppgåver (Bachelor/Masteroppgåver)
- Prosjektrapport
- Fagartiklar/publikasjonar

Eg vil delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakars signatur

Deltakars navn med trykte bokstaver

Rolle i prosjektet