



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

Pasienten i overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. En prosjektplan.

- En kvalitativ studie av den eldre multisyke pasients erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste.

The patient in transfer between hospital and municipal health care. A project plan.

- A qualitative study of patient experiences when transferred from hospital to municipal health care.

Malene Lillebostad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 15.05.2018

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Aud Orøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.04.2018

Antall ord: 4490

Sammendrag

Norsk:

Samhandlingsreformen (2008-2009) pekte på utfordringer rundt koordineringen av datidens helsetjenester. Reformen beskrev at tjenestene var fragmenterte, noe som førte til store utfordringer for pasientene, spesielt for den multisyke pasienten. Evalueringen av samhandlingsreformen, viser imidlertid at pasientene har fått et mer oppstykket forløp (Forskningsrådet 2006). Gjennom databasesøk til denne prosjektplanen kommer det frem at pasientene både før og etter samhandlingsreformen ble innført i Norge har erfaringer som: mangel på informasjon, mangel på medvirkning, mangel på kontinuitet, praktiske og emosjonelle bekymringer samt aksept for sin egen situasjon og rundt de dårlige erfaringene de har med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste.

Hensikten med studien å undersøke hvilke erfaringer den eldre multisyke pasienten har med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Ved bruk av en kvalitativ metode og med en fenomenologisk tilnærming vil det gjennomføres semistrukturerte intervju. Den store mangelen på forskning gjort på dette temaet forsterker relevansen av forskningsspørsmålet. Svaret på dette vil kunne bidra til å forbedre dagens pasientforløp gjennom å bringe pasientens stemme inn i helsepolitiske føringer, samt å peke på utfordringer og mangler ved dagens samhandlingsreform.

Samtykkeerklæring vil innhentes fra informantene før intervjuene. Studien er meldepliktig til NSD, samt at det vil søkes forhåndsgodkjenning fra REK dersom det viser seg at studien er fremleggingspliktig og ikke vurderes som en evalueringsstudie.

Nøkkelord: Eldre, pasientforløp, pasienterfaringer, overgang og samhandling.

English:

The Norwegian care coordination reform pointed in 2009 to the challenges with the coordination of the health care services. The reform described our health care services as fragmented, which led to big challenges for the patients, especially the comorbid patient. An evaluation study of the care coordination reform done by Forskningsrådet (2016) shows us that the patients now have got a more disjointed pathway. The aim of this study is to explore which experiences the elder comorbid patients have with the transfer from hospital to municipal health care. Through a qualitative study with a phenomenological approach, I will use semi-structured interviews to gather the information. The lack of research done in this area amplifies the relevance of the research question and the answer to this question could contribute to improve today's patient pathways, through bringing the patient voice in to political health care guidelines, and to point out the challenges with today's care coordination reform. Declaration of consent will be collected from the informants before each interview. The study will be notifiable to the Norwegian Center for Research Data, and approval from Regional Committees for Medical and Health Research Ethics will also have to be collected if the study does not qualify as an evaluation study.

Key words: Elder, patient pathway, patient experience, transition and interaction.

Innhold

1.0	Bakgrunn	1
1.1	Tidligere forskning.....	4
1.2	Resultater av tidligere forskning.....	5
1.2.1	Manglende informasjon	5
1.2.2	Mangel på medvirkning	7
1.2.3	Mangel på kontinuitet	7
1.2.4	Bekymringer	7
1.2.5	Aksept	7
1.3	Tema, hensikt og problemstilling	8
2.0	Teori	8
3.0	Metode.....	9
3.1	Kvalitativ forskningsmetode.....	9
3.2	Kvalitativt forskningsintervju	9
3.3	Utvalg.....	10
3.4	Inklusjons og eksklusjonskriterier	11
3.4.1	Tilgang til forskningsfeltet.....	11
3.5	Analyse	11
3.6	Forforståelse.....	12
3.7	Nødvendige tillatelser og etiske overveielser	13
3.8	Fremdriftsplan.....	14
3.9	Kostnadsoverslag	14
3.10	Konklusjon og studiens relevans	14
	Referanseliste.....	16
	Vedlegg 1 Pio skjema	
	Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte artikler	
	Vedlegg 3 Søkeshistorikk Ovid Medline	
	Vedlegg 4 Søkeshistorikk Proquest	
	Vedlegg 5 Intervjuguide	
	Vedlegg 6 Forespørsel til ledelsen i pleie og omsorg om deltakelse	
	Vedlegg 7 Informasjonsbrev til hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen	
	Vedlegg 8 Informasjon og samtykkeerklæring til informant	

1.0 Bakgrunn

I 2009 ble samhandlingsreformen publisert. Regjeringen skrev i reformen at pasientene hadde behov for koordinerte tjenester og at disse ikke ble besvart godt nok. Mangelen på koordinerte helsetjenester ble beskrevet som en av hovedutfordringene. Datidens tjenester ble karakterisert som fragmenterte, og det ble påpekt at utfordringen kom som følge av at tjenestene gitt av spesialist- og primærhelsetjenesten ikke dekte det helhetlige individuelle behovet til pasientene, og da spesielt ikke den kronisk syke. Det ble videre henvist til at pasientene opplevde overgangene fra spesialist- til kommunehelsetjenesten som problematiske, og at de ble påført unødige belastninger ved at de selv måtte utføre mye av koordineringen mellom tjenestenivåene (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009, 15).

En av intensjonene med reformen var at pasienter og brukere skulle møte en helsetjeneste som var helhetlig, og hvor de opplevde pasientforløp av god behandlingskvalitet uansett hvem som hadde ansvaret for enkelttjenestene. Dette ble beskrevet som særdeles viktig for den kronisk syke pasienten med sammensatte og langvarige behov (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009). Evalueringen av samhandlingsreformen viser derimot at pasientene har fått et mer oppstykket forløp og at innføringen av kommunal akutte døgnenheter ofte blir brukt som et ekstra ledd både før og etter sykehusinnleggelse (Forskningsrådet 2016). Det kan derfor se ut som at man på tross av innføringen av reformen, ikke har klart å imøtekomme behovet for et bedre forløp for pasientene.

Flere lover, reformer og forskrifter peker spesielt på betydningen av samhandling på tvers av tjenestenivå (Helse og omsorgstjenesteloven 2011, Helse- og Omsorgsdepartementet 2014-2015, Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene 2003 og Forskrift om pasientjournal 2000). Innføring av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunen ble etablert for å organisere samarbeidet på tvers av de ulike tjenestenivåene og på tvers av administrative grenser. Formålet var å få til god samhandling for å kunne yte gode

pasientforløp. Regulert av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §6-1 samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 (Helse og omsorgstjenesteloven 2011).

Ved utformingen av samarbeidsavtalene ble det gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 gitt et særskilt krav om involvering av pasienterfaringer i avtaleprosessen:

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene (Helse og omsorgstjenesteloven 2011, § 6-1).

I følge primærhelsetjenestemeldingen skal loven praktiseres som følger:

Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet vi nå står foran. Pasientene og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra pasientenes perspektiv (Helse- og Omsorgsdepartementet 2014-2015, 45).

Kommunen med andre har plikt til å inngå i samarbeid med helseforetaket i regionen eller andre helseforetak. Målet med samarbeidet er at pasienter og brukere skal motta helhetlige helse- og omsorgstjenester. Det spesifiseres også i denne paragrafen at pasientens/brukerens erfaringer skal medvirke ved utarbeidelsen av denne avtalen (Helse og omsorgstjenesteloven 2011).

I en studie gjennomført av Brekk og Kirchhoff (2015), kommer det derimot frem at kommunene i Helse Midt Norge i liten grad har involvert brukere i utformingen av disse avtalene. Dette understøttes også i Forskningsrådets evalueringsstudie av Samhandlingsreformen (2016) hvor det beskrives at involveringen av pasient- og brukererfaringer var totalt fraværende i samarbeidsavtalene. Det påpekes også i evalueringsstudien at brukerperspektivet bør løftes frem ved revidering av samarbeidsavtalene og at det bør gjennomføres en systematisk innhenting av disse erfaringene. Kommunene i Møre og Romsdal har derimot i større grad involvert brukere sammenlignet med Nord- og Sør-Trøndelag (Brekke og Kirchhoff 2015). En undersøkelse per telefon til administrative toppledere i kommunene i Møre og Romsdal viste derimot at

pasienten sjeldent var en del av debatten i avtaleforhandlingene og at fokuset lå på organisering og økonomi (Forskningsrådet 2016).

Ulike forskrifter skal bidra til å sikre pasientovergangene, som f.eks. forskrift om pasientjournal som påpeker at epikrise skal sendes det helsepersonell som har behov for opplysningene ved utskrivelse for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Dette skal skje innenfor forsvarlig tid (Forskrift om pasientjournal 2000). Med Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) vil de sikre at kommunen ivaretar kontinuitet i tjenesten og at alle som mottar pleie- og omsorgstjenester ut fra lovverk får dekt sine grunnleggende behov med den respekten som behøves for å ivareta egenverd, selvbestemmelsesrett og livsførsel.

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten har jeg kjent på prøvelsene det kan være å overta pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Gjennom min praksis på sykehus har jeg forståelsen av at pasienten blir vurdert med et diagnoserettet fokus og at tilstanden derfor blir sammenlignet med tilstand ved innleggelse. I kommunene ligger fokuset ofte på hvordan funksjonsnivået er og behovet for bistand. Dette understøttes også av studien til Hvalvik og Dale (2015). Som følge av ulikt fokus blir vurderingene lite helhetlige. Behovet som sykehuset melder pasienten som utskrivningsklar med, stemmer ikke alltid med behovet pasienten har av for eksempel hjelpemidler, tilrettelegging og omsorgsbehov. Det har også vist seg at det i svært liten grad har vært samstemming mellom medisinene sykehuset har opplyst at pasienten bruker og de som faktisk brukes, dette på tross av forskrifter som skal sikre informasjonsflyt til og fra kommunen. Jeg har ofte tenkt på hvilke erfaringer pasientene har med disse overgangene, og da spesielt den eldre multisyke pasienten med sammensatte behov. Som sykepleier er min oppfatning at vi fortsatt mangler en del når det kommer til samhandling på tvers av tjenestenivå. Dette har også kommet frem gjennom "Læringsnettverk i gode pasientforløp" som er et samarbeid mellom helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet, KS og folkehelseinstituttet, hvor en del av arbeidet går ut på å sikre kritiske punkt i pasientens forløp, med spesielt fokus på overganger. Som følge av dette har jeg i denne prosjektplanen valgt å rette fokuset mot pasienters erfaringer med overgangen fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

1.1 Tidligere forskning

For å få oversikt over forskning gjort på pasientens erfaringer med disse overgangene har jeg gjennomført et litteratursøk.

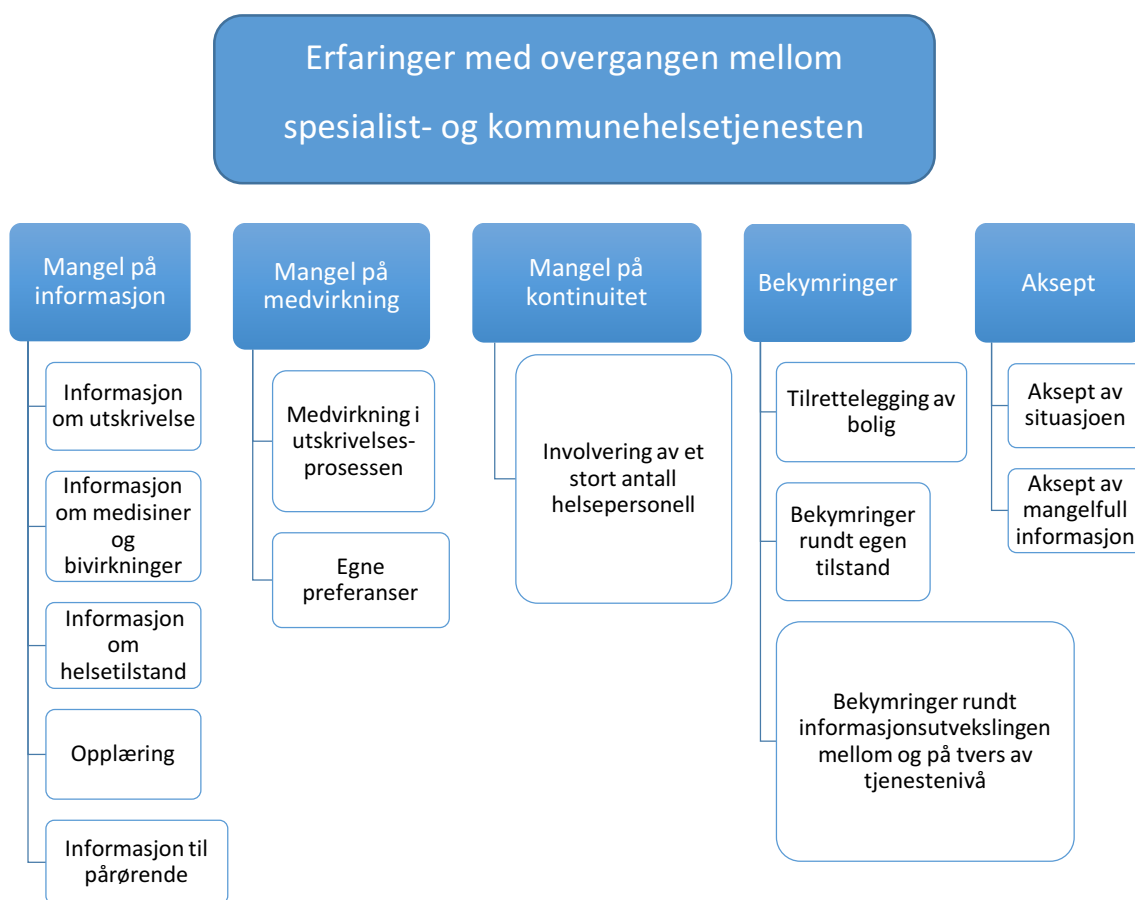
For å finne andre aktuelle søkeord en de jeg allerede hadde tenkt meg ut ble det søkt i swemed+ for å få den engelske oversettelsen av ordet, samt mesh termer som kunne være aktuelle. Et PIO skjema ble utformet (Vedlegg 1).

Jeg har valgt å inkludere studier som ikke inneholder ordet multisyk, men eldre, ettersom 90 % av alle som er utskrevet fra sykehus til primærhelsetjenesten har mer enn en diagnose (Forskningsrådet 2016). Gjennom databasesøket ble det synlig at det var svært lite forskning gjort på temaet. Jeg har derfor inkludert en artikkel fra England og en fra Canada da de kan bidra til å danne et bilde av opplevelsene til pasientene, selv om organiseringen av helsetjenestene kan være ulik. Jeg har også funnet 2 artikler fra studier gjennomført i Norge.

Databasesøk i Ovid Medline 2013- 20.01.2018 ga treff på 50 artikler. 15 abstrakt ble lest og 11 artikler ble tatt med videre for gjennomgang hvorav 2 ble inkludert. 09.03.18 ble det også gjort et søk i ProQuest med søkeordene fra PIO skjemaet. Det ble nødvendig å begrense til forskning gjort i Skandinavia, da resultatet ga for mange treff. Av 435 forskningsartikler ble det lest 45 abstrakt. Det ble sett nærmere på 8 artikler, hvorav ingen ble inkludert.

Det ble også gjennomført et søk i Norart og omsorgsbiblioteket 02.02.2018, men ingen artikler kunne inkluderes. Samtidig ble det også gjort et søk på søkeordet ”pasientforløp” i IDUNN hvor en studie fra Foss et al. (2012) ble inkludert. Intervjuene i denne artikkelen ble gjennomført i 2007-2008, men funnene er allikevel svært relevante særlig med tanke på at den beskriver erfaringer gjort før samhandlingsreformen tredde i kraft, samt at dette også er en norsk studie. Gjennom referanselisten til denne artikkelen ble det gjort ytterligere et artikkelfunn gjennom et manuelt søk.

1.2 Resultater av tidligere forskning



1.2.1 Manglende informasjon

Mangel på informasjon var et funn som gikk igjen i alle artiklene og det viste seg på ulike måter som beskrevet nedenfor.

Den eldre pasienten opplevde å ikke få snakke med relevant helsepersonell ved utskrivelse fra sykehus og fikk derfor ikke anledning til å stille spørsmål rundt sin helsetilstand. De følte seg lite inkludert i vurderingene som ble gjort rundt deres situasjon samt at de manglet den innsikten som de hadde behov for (Hvalvik og Dale 2015, Foss et al. 2012). Det opplevdes ekstra sårbart for flere av pasientene å få lite informasjon rundt utskrivelsen (Hvalvik og Dale 2015, Foss et al. 2012, Neiterman, Wodchis og Bourgeault 2015, Doos et al. 2015). Manglende informasjon resulterte i at utskrivelsen kom overraskende på (Neiterman, Wodchis og Bourgeault 2015).

I thought it was very strange that I was discharged, as I hadn't had the opportunity to try to walk on my foot. So far I had used a wheel chair, and then suddenly I was sent home! I was so frustrated! I had expected to exercise as well as to be informed about how to further regain my function. And the only thing I got was a brochure of exercises (Hvalvik og Dale 2015, 625).

Mangel på informasjon angående medikamenter, bivirkninger og kontraindikasjoner var også gjennomgående (Doos et al. 2014, Foss et al. 2012) I studien til Doos et al. (2014) hadde informantene svært liten kunnskap om bruken av sine medisiner. Det var særlig informasjon om nye medikamenter og deres bivirkninger som var etterlyst i studien til Foss et al. (2012).

They didn't tell me what treatment I was going to have or nothing. No information whatsoever. Have I got to take one or have I got to take any of anything, I don't know, I'm just taking one one day and two another day (Doos et al. 2014, 2406).

Det var få av pasientene i studien til Foss et al. (2015) som opplevde å ha hatt en utskrivelsessamtale (kun 1 av 10).

Mangelen på kunnskap om medikamenter gjenspeilet seg også i lite kunnskap rundt interaksjoner da alle deltakerne i studien til Doos et al. (2014) var multisyke. Deltakerne var usikre på om de kunne påvirke en sykdom gjennom å reagere medikamentelt på symptomer fra en annen sykdom. Det var lite kunnskap om at behandlingene kunne ha interaksjoner. Doos m.fl. (2014) mener dette viser at pasienter i all hovedsak har et holistisk syn på sine symptomer og ikke kategoriserer symptomene sine i siloer. Deltakerne dannet seg egne konklusjoner om opphavet til symptomene sine pga mangelfull informasjon. Noen opplevde også å få kontraindikerende informasjon om sin helsetilstand, noe som bidro til forvirring (Doos et al. 2014). Det var også et ønske om opplæring og informasjon om blant annet sårstell, kosthold, øvelser og hvilke forhåndsregler som burde tas for å ikke forverre sykdommen (Foss et al. 2015).

Flere av studiene presenterte at pasientene hadde et ønske om større involvering av pårørende i behandlings- og utskrivelsesprosessen, for at pårørende på denne måten skulle få mer informasjon om situasjonen, samt for at de kunne bidra med logistikken og

koordineringen av hjemreisen (Doos et al. 2014). 37 % av deltakerne i en norsk studie ønsket å få informasjon sammen med pårørende da det var lett å misforstå informasjonen som ble gitt, samt at det var vanskelig for deltakerne å huske alt som ble sagt, spesielt med tanke på at fåtallet fikk presentert skriftlig informasjon ved utreise (Foss et al. 2015). De som fikk skriftlig informasjon opplevde dette som en formalitet med mye fremmedord som det var vanskelig å forstå (Hvalvik og Dale 2015).

1.2.2 Mangel på medvirkning

Pasientene ville inkluderes i problemløsning. 43 % fikk ikke fortalt hva som var viktig for at de skulle klare seg etter utskrivelse fra sykehus (Foss et al. 2015). Manglende involvering av pasienten var synlig også gjennom at det kom som en overraskelse på pasientene at de skulle utskrives, noe som medførte angst for enkelte (Hvalvik og Dale 2015, Foss et al. 2012).

1.2.3 Mangel på kontinuitet

Pasientene måtte forholde seg til manglende kontinuitet hos de ansatte både på sykehus og i hjemmesykepleien (Hvalvik og Dale 2015). Involveringen av et stort antall helsepersonell forvirret pasientene ytterligere (Neiterman et.al 2015).

1.2.4 Bekymringer

Pasientene måtte tilpasse seg funksjonstapet og akseptere behovet for hjelpemidler og økt bistand. De ønsket å bli sett på som individuelle mennesker på tross av smerte, sykdom og hjelpebehov. En følelse av sårbarhet og hjelpeløshet ble beskrevet, samt manglende evne til å følge opp sin egen helse, noe som førte til ytterligere bekymring (Hvalvik og Dale 2015, Neiterman et al. 2015). Noen følte seg forlatt og glemt ved utskrivelse både i studien til Foss et al. (2012) og Neiterman et al. (2015).

1.2.5 Aksept

Det kommer frem at de eldre i et forsøk på å tilpasse seg endringene i livet sitt aksepterte manglende koordinering og kontinuitet rundt deres egne behov, selv om dette bidro til at de følte seg sårbare. De aksepterte også at de måtte forholde seg til mange sykepleiere både på sykehus og i hjemmesykepleien, selv om de fikk manglende individuell oppfølging. De undertrykte heller sine egne behov en å være til bry for personalet (Hvalvik og Dale 2015).

1.3 Tema, hensikt og problemstilling

På bakgrunn av det jeg har presentert ovenfor og mangelen på forskning gjort på området blir temaet i min studie:

Pasienten – I overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Hensikten med studien er å få kunnskap om den eldre multisyke pasientens erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten.

Med utgangspunkt i dette blir min problemstilling som følger:

Hvordan erfarer den eldre multisyke pasienten overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste?

2.0 Teori

Ettersom hensikten med dette prosjektet er å få kunnskap om pasientens erfaringer, faller det meg naturlig å velge en fenomenologisk tilnærming. Utgangspunktet for fenomenologien er å beskrive hvordan mennesket erfarer verden. Edmund Husserl regnes som fenomenologiens grunnlegger. Sentralt i hans tenkning er at mennesket er intensjonalt rettet. Det vil si at hvert menneske (subjekt) har sin egen bevissthet som er rettet mot noe eller noen. Man kan derfor ikke forstå et annet menneske uavhengig av subjektets egen oppfatning og forståelse. Subjektets oppfattelse vil blant annet være formet av subjektets bakgrunn og interesser (Thornquist 2015). Sentralt i Husserls teori står også tenkningen om livsverden. Livsverden kan oversettes med erfaringsverden. Med det menneskets verden slik vi umiddelbart erfarer den i våre hverdagsliv (Thornquist 2015), slik som pasientene våre erfarer sin sykdom.

I norsk helsevesens ”pakkeforløp” er det på forhånd tenkt ut hva den aktuelle pasienten trenger. Det er ikke tatt hensyn til menneskets subjektive erfaring av sin sykdom og det blir dermed ikke tatt hensyn til pasientens ”livsverden”. Pasienten blir da sammenlignet med andre med samme diagnose og det blir gått ut fra at de har like behov. I den fenomenologiske tenkningen om livsverden, er det variasjoner. Det vil si at selv om to mennesker kan være tildelt de samme utfordringene i livet, som f.eks. samme diagnose, vil erfaringene deres være ulike.

Vi har lange tradisjoner for å skille kroppen som fysisk fenomen fra opplevelse og erfaring, fra liv og historie. Denne dualismen gjenspeiler seg også i helsefagene, og kommer også til uttrykk i beskrivelsen av pakkeforløpene. Innenfor medisinen dominerende kroppssyn blir kroppen sett på som et rent naturfenomen hvor man ikke ser på kroppen avhengig av sammenheng, tid og sted (Thornquist 2015). I motsetning til denne dualismen av kropp og sjel, skiller ikke fenomenologien sjelen fra kroppen på denne måten. Kroppen og sjelen blir sett på som ett og som uløselig knyttet til verden. ”Levd erfaring og levd liv har kroppslig forankring” (Thornquist 2015 s 116). Dette er det viktig å få frem når man forsker på menneskers erfaringer med og som en konsekvens av sykdom, slik som i denne studien.

Gjennom å bruke en fenomenologisk tilnærming, er det pasientens subjektive erfaringer jeg er interessert i å få kunnskap om.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Hensikten med studien er å få kunnskap om pasientens erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Ettersom det er menneskers erfaringer jeg er ute etter vil jeg bruke en metode som gjør det mulig å stille åpne spørsmål slik at informantene kan fortelle fritt om sine erfaringer. Jeg vil allikevel ha mulighet til å stille utdypende eller spesifiserende spørsmål. I kvantitativ forskning er funnene basert på numeriske data som f.eks. tall og prosenter, noe som egner seg dårlig for å få tak i erfaringer og kvaliteter hos mennesker. En kvalitativ tilnærming med bruk av åpne spørsmål kan bidra til et mangfold av ulike svar og nyanser (Malterud 2011), noe som vil passe mitt forskningsspørsmål.

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Med utgangspunkt i tema og problemstilling ønsker jeg å bruke et kvalitativt forskningsintervju som metode for innsamling av data. Det kvalitative forskningsintervju kan brukes som en velegnet metode for å forstå verden fra den andres side (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuet skal ha et fenomenologisk perspektiv som gjør det mulig for informanten å beskrive historier ut fra sin levde erfaring og forståelse. Som Malterud (2011) beskriver er det da viktig at jeg jobber med hvordan jeg som forsker innleder intervjuet og at jeg gjennom dette kan skape en trygg ramme for informanten. Jeg er ikke

ute etter den type informasjon som informanten tenker at jeg som forsker ønsker å vite noe om, men den informasjonen som beskriver de faktiske opplevelsene og erfaringene informantene har med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. Det er deltakerens ord som skal skape bildene (Malterud 2011).

Jeg ønsker å benytte et semistrukturerte intervju med intervjuguide i det vitenskapelige arbeidet. Ved å unngå en for detaljert intervjuguide kan jeg åpne opp for nye spørsmål rundt problemstillingen, samtidig som man gjennom et strukturert intervju har en retning og temaer å følge, slik at man på den måten får besvart problemstillingen. Et strukturert intervju er derfor viktig også i kvalitativ forskning. Jeg velger en intervjuguide som har middels strukturingsgrad (Jacobsen 2005). På denne måten unngår man å dreie spørsmålene kun rundt sin egen for forståelse, da hensikten med kvalitativ forskning er å beskrive og forstå ny kunnskap (Malterud 2011). Intervjuene vil foregå i pasientens hjem eller et annet sted hvor pasienten kan være komfortabel. Dette for å bedre intervjusituasjonen for informantene, samt for å unngå at omgivelsene bidrar til å forme svarene informantene gir.

For å ha mulighet til å konsentrere meg om det informantene forteller, vil jeg bruke en båndopptaker til å ta opp intervjuene. Slik kan jeg lettere formidle den genuine interessen jeg har for det som blir formidlet, samt at jeg får skapt tillit gjennom øyekontakt (Jacobsen 2005). Jeg ser for meg at intervjuene vil ha en varighet på 1-1,5 time, men av forståelse for at dette kan være krevende for den eldre multisyke pasienten vil jeg tilpasse intervjuet etter informantens situasjon. Det kan bli aktuelt å legge inn pauser eller også å avbryte intervjuene dersom det oppleves for krevende for informantene.

3.3 Utvalg

I min studie ønsker jeg å ekskludere pasienter med kreft, ettersom min erfaring er at denne pasientgruppen ofte har et bedre oppfølgingstilbud enn andre pasientgrupper, både gjennom palliativt team, kreftavdelingen og kreftkoordinator i kommunen. Ved å ekskludere denne pasientgruppen får jeg et mer nøyaktig bilde av hva den multisyke pasienten uten kreftsykdom erfarer. Jeg ønsker et utvalg som er representativt for det jeg søker kunnskap om. Jeg ønsker derfor et strategisk utvalg av eldre multisyke pasienter fra en middels stor kommune. For å besvare problemstillingen tenker jeg at 5-6 respondenter er tilstrekkelig.

Dersom det viser seg at det er for lite, har jeg mulighet til å utvide antall deltakere. Gjennom bruken av kvalitativ metode ønsker jeg dybdekunnskap fremfor breddekunnskap.

3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

- Den eldre multisyke pasienten over 65 år, snakker norsk og er klar og orientert.
- Informantene kommer fra samme kommune.
- Informanten har vært innlagt ved kirurgisk eller medisinsk enhet ved et sykehus i Norge og er utskrevet innenfor de siste 3-5 dagene før deltakelse i studien.
- Informanten mottar eller har mottatt hjemmesykepleie i forbindelse med utskrivelsen.

3.4.1 Tilgang til forskningsfeltet

For å få tilgang til pasientene vil jeg kontakte ledelsen i Pleie og omsorg i den aktuelle kommunen. De vil få tilsendt brevet som ligger vedlagt som en beskrivelse av studien, med en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (se vedlegg 6). Sykepleierne i hjemmesykepleien vil bes om å være behjelpelige med å innhente informanter. På denne måten kan de som kjenner pasientene finne 5-6 aktuelle informanter som passer mine kriterier. Informantene blir på denne måten bli forespurt av personer de kjenner for å unngå at de føler seg presset til å delta. Sykepleierne vil innhente samtykke fra informantene før jeg kontakter de (se vedlegg 8). De ansatte i hjemmesykepleien vil få informasjon om studien gjennom et eget brev (se vedlegg 7).

3.5 Analyse

Det første som gjøres i analyseprosessen er å transkribere råmaterialet ordrett til tekst. Det naturlige for meg å velge en analysemetode som baserer seg på fenomenologisk filosofi ut fra min egen teoretiske forankring i studien. Analysen vil gjennomføres av meg selv ved hjelp av systematisk tekstkondensering som er en modernisering av Giorgis fenomenologiske analyse utformet av Malterud (Malterud 2011).

Analysemodellen består av 4 punkt:

- 1) Å få et helhetsinntrykk**

I dette trinnet settes forforståelsen i parentes og jeg danner meg et helhetsinntrykk gjennom å lytte til lydbåndet og gå gjennom det transkriberte råmaterialet flere ganger. Her er det om å gjøre at man etter beste evne ser på materialet gjennom "fugleperspektivet" og prøver å danne seg et bilde av hvilke foreløpige temaer som viser seg. Man må også passe på at temaene ikke er de samme som hovedtemaene i intervjuguiden.

Under dette punktet er det viktig med åpenhet gjennom å sette forforståelsen til side og arbeide aktivt for å forstå.

2) Å identifisere meningsdannende enheter

Med temaene fra første trinn i bakhodet, vil jeg velge ut den teksten som sier noe om disse temaene. Deretter er tanken å kode denne teksten for å få systematisert den inn i grupper som har sammenheng med temaene i første trinn. Jeg vil her benytte fargekoding.

3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene

Her må jeg organisere de meningsdannede enhetene inn i undergrupper som kan bidra til å presentere det jeg er ute etter å vite noe om. Samt utarbeidelse av sitater som kan gjenfortelle innholdet i undergruppen ved bruk av informantenes egne ord.

4) Å sammenfatte betydningen av dette

Her vil jeg formidle skriftlig hva materialet fra kodegruppene og undergruppene forteller og gjenfortelle dette til leseren på en måte som gir innsikt og tillit.

3.6 Forforståelse

Som beskrevet over er det viktig at man arbeider aktivt for å sette forforståelsen til side for å prøve å forstå informantens budskap. Gjennom et reflektert forhold til forforståelsen og den teoretiske referanserammen kan forskeren være oppmerksom på sin egen innflytelse på materialet, slik at man på en god måte får presentert deltakernes meningsinnhold og erfaringer uten å vektlegge sine egne tolkninger (Malterud 2011).

Selv om man ønsker å ikke la seg påvirke av forforståelsen og handle kun ut fra et fenomenologisk perspektiv vet vi at dette målet er uopnåelig (Malterud 2011). Det er jeg som forsker som er redskapen, og min bakgrunn vil påvirke alt jeg gjør. Det er derfor viktig at man har et reflektert forhold til sin egen forforståelse for å være lojal mot informantenes erfaringer og meninger. Det gjelder ikke å få svar som bekrefter ens egen forforståelse, men å la subjektets erfaringer komme frem (Thornquist 2015).

Det har vært nevnt som kritikk til fenomenologisk forskning at "livsverden" ikke kan gjøres til gjenstand for forskning (Bengtsson 2006). Det går likevel fint an å forske på hvordan vi konkret forholder oss til og møter verden til daglig. Så lenge man er bevisst på at man som forsker også er en del av denne livsverden.

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten har jeg en oppfatning av at pasientene kan oppleve at de får lite oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, spesielt fra fastlege. Samtidig tror jeg at noen pasienter kan ha merket at informasjonsflyten fra sykehus til kommune er mangelfull.

3.7 Nødvendige tillatelser og etiske overveielser

Jamfør lov om medisinsk og helsefaglig forskning skal undertegnede sende søknad om forhåndsgodkjenning og forskningsprotokoll av studien til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) (Helseforskningsloven 2008). Det er sendt en forespørsel til REK om studien er fremleggingspliktig basert på at studien kan bli vurdert som et evalueringsprosjekt, som da ikke vil være fremleggingspliktig. Studien vil uansett være meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata, da den vil inneholde personopplysninger (NSD 2018). Tilråding fra REK og NSD er det første som må foreligge, før det videre arbeidet med studien.

Ledelsen i hjemmebasert omsorg i den utvalgte kommunen vil få skriftlig informasjon og forespørsel om å delta i studien i forkant av at sykepleierne i hjemmesykepleien innhenter samtykke hos deltakerne. Sykepleierne informerer informanten muntlig om studien og om deres rettigheter i forkant av gitt samtykke, samt av meg i forkant av hvert intervju.

Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov.

Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Samtykket skal bygge på spesifikk informasjon om et konkret forskningsprosjekt med mindre det er adgang til å avgi et bredt samtykke, jf. § 14. (Helseforskningsloven 2008, kapittel 4 §13)

3.8 Fremdriftsplan

1. Semester	2. Semester
Søke REK om godkjenning	Analyse
Melde studien inn til NSD	Skriving oppgaven
Organisere økonomisk støtte til studien	Innlevering
Sende ut informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse i studien	
Rekruttere informanter og innhente samtykke	
Gjennomføre intervju	
Transkribering	

3.9 Kostnadsoverslag

Reiseutgifter:	
Ferge	700 kr
Drivstoff	1000 kr
Inntekt:	
Inntektstap 30 % i 8 måneder	93 880 kr
Tapt feriepengegrunnlag	11265 kr
Utstyr:	
Leie av båndopptaker	1000 kr
Faglitteratur	4000 kr
Totalt:	111 845 kr

3.10 Konklusjon og studiens relevans

Innføringen av samhandlingsreformen var en milepæl i norsk helsevesen med tanke på å bevisstgjøre kommunene og helseforetakene på deres ansvar når det kom til blant annet pasientforløp. Gjennom arbeidet med denne prosjektplanen kommer det frem at det er

usikkert om reformen har klart å skape pasientforløp som oppleves mindre problematiske for pasientene. Forskningsrådet (2016) etterlyser evalueringsprosjekter som ser på konsekvensen av reformen for blant annet pasientene og deres pårørende gjennom sin evaluering av samhandlingsreformen. Omsorgsbiblioteket (2017) skriver i konklusjonen av sin oppsummering av kunnskap, pasientforløp for eldre med kronisk sykdom at det er gjort lite forskning på pasienters erfaringer med helhetlige pasientforløp for den eldre pasienten med kronisk sykdom, noe som også har kommet til syne gjennom mine databasesøk. Forskningsspørsmålet er derfor svært relevant. Kunnskap om dette temaet vil kunne bidra til å bringe pasientens stemme inn i helsepolitiske føringer og imøtekomme brukernes rettigheter noe som er viktig i det fremtidige arbeidet med forbedring av helsetjenestene og pasientforløpene våre. Samtidig vil den fremtidige rollen som Avansert klinisk sykepleier i kommune- og spesialisthelsetjeneste være et viktig ledd i ivaretagelsen av den multisyke pasienten. Denne rollen vil kunne bidra til å imøtekomme behovet for en mer helhetlig rolle i dagens helsetjeneste ved at kvaliteten i tjenestene styrkes gjennom breddekunnskap og handlingskompetanse både i kommune og på sykehus. Gjennom et større fokus på samarbeid på tvers av tjenestenivå, opplæring og undervisning av pasienter med sammensatte behov og større vurderingsevne når det kommer til pasientens helsetilstand vil denne rollen kunne være et positivt bidrag i kvalitetssikringen av gode pasientforløp.

Referanseliste

Bengtsson, Jan, red. 2006. *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer – Livsverdenfenomenologisk bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Brekke, Åge og Ralf Kirchhoff. 2015. ”Hvor ble pasienten av i samarbeidsavtalene?” *Nordiske organisasjonsstudier* 17(3): 37-62.

Danielsen, Kjersti Karoline, Elin Rogn Nilsen og Terje Emil Fredwall. 2017. *En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom*. Senter for omsorgsforskning: Gjøvik.

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. 2014-2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014-2015). Lest 04.03.2018.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. 2008-2009. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Meld. St. 47 (2008-2009). Lest 04.03.2018.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Doos, Lucy, Eleanor Bradley, Claire A Rushton, Duwarakan Satchithananda, Simon J Davies og Umesh T Kadam. 2014. ”Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience”. *Health expectations* 18: 2401-2412.

Folkehelseinstituttet. 2018. ”Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar.” Lest 01.04.2018.

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar/>

Forskningsrådet. 2016. *Evaluering av samhandlingsreformen – Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Norges Forskningsråd: Lysaker.

Foss, Christina, Dag Hofoss, Tor Inge Romøren, Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold. 2012. "Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus". *Sykepleien forskning* 4 (7): 324-333.

Giorgi, Amedeo. 2009. *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified husserlian approach*. Pittsburgh, P.A.: Duquesne university press 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2003. *Lov av 19. November 1982 nr. 66. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Lest 05.04.2018.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. *Lov av 01.01.2001. Forskrift om pasientjournal*. Lest 05.04.2018.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

Helseforskningsloven. 2008. *Lov av 01.07.2009 om medisinsk og helsefaglig forskning*. Lest 05.04.2018.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov av 01. Januar 2012 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Lest 05.04.2018.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6

Hvalvik, Sigrun og Bjørg Dale. 2015. "The transition from Hospital to Home: Older people's Experiences." *Open journal of Nursing* 5: 622-631.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. 2. Utg. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS: Kristiansand.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. 2. Utg. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, Kirsti. 2011. 3. Utg. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Neiterman, Elena, Walter P. Wodchis og Ivy Lynn Bourgeault. 2015. "Experiences of older adults in transition from hospital to community". *Canadian journal of aging* 34 (1): 90-99.

Norsk senter for forskningsdata. 2018. "Vanlige spørsmål". Lest 13.03.2018.

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/vanlige_sporsmal.html?id=2

Norsk senter for forskningsdata. 2018. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". Lest 10.02.2018.

https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=health+expectations&checkbox_bibsys=true&tv=true

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. 2018. "Regler og rutiner" Lest: 04.05.2018.

https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. 2018. "Frister og skjemaer" Lest: 04.05.2018.

https://helseforskning.etikkom.no/frister/soknadsfrister?p_dim=34667

Vedlegg 1

Pico skjema

P	I	O
<p><u>NORSK:</u></p> <p>Eldre*</p> <p>Komorbid*</p> <p>Multisyk*</p> <p>Overføre*</p> <p>Pasientforløp*</p> <p>Overgang*</p> <p><u>ENGELSK:</u></p> <p>(old) aged*</p> <p>Older*</p> <p>Elder*</p> <p>Comorbid*</p> <p>Multicomorbid</p> <p>Patient pathway*</p> <p>Care pathway*</p> <p>Clinical pathway*</p> <p>Critical pathway*</p> <p>Transit*</p> <p>Transition*</p>	<p><u>NORSK:</u></p> <p>Primærhelsetjen*</p> <p>Kommunehelsetjen*</p> <p>Spesialisthelsetjen*</p> <p>Sykeh*</p> <p>Aldershjem*</p> <p>Tjenestenivå*</p> <p>Hjem*</p> <p>Omsorgssenter</p> <p><u>ENGELSK:</u></p> <p>Hospital*</p> <p>Home*</p> <p>Municipal health services</p> <p>Primary health care</p> <p>Secondary health care</p> <p>Home health services</p>	<p><u>NORSK:</u></p> <p>Opplive*</p> <p>Erfar*</p> <p><u>ENGELSK:</u></p> <p>Experience*</p>

Vedlegg 2

Oversikt over inkluderte artikler. Alle artiklene er fagfellevurdert og alle tidsskriftene er vurdert som Nivå 1 publiseringskanaler (NSD 2018).

Kvaliteten på artiklene er bestemt ved bruk av sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (Folkehelseinstituttet 2018).

	Forfatter År Land tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere	Hovedfunn	Kvalitet Nivå
1	Doos, Lucy, Eleanor Bradley, Claire A Rushton, Duwarakan Satchithananda, Simon J Davies og Umesh T Kadam. 2015. England. Health Expectations. 18(6):2401-2412	Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and career experience	1. Å utforske erfaringene pasienter med hjertesvikt og kols og deres pårørende har med utskrivelse fra sykehus. 2. Å identifisere hullene i ivaretakelsen av multimorbiditet og å identifisere hva pasientene og deres pårørende anser som optimale løsninger på dette.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreskjema samt dybdeintervju.	6 pasienter som i gjennomsnitt hadde vært innlagt på sykehus i 12 dager og 5 av deres pårørende. Deltagerne kom fra to store regionale sykehus i England.	Pasientene opplevde vanskeligheter med kommunikasjonen med helsepersonell, spesielt med tanke på medisiner. Manglende informasjon til pasient vedrørende diagnosespesifikke ting og medisiner, samt manglende kontinuitet og kommunikasjon etter utskrivelse. Pasientene pekte spesielt på hull i ivaretakelsen ved utskrivelse og mente at en mer omfattende, koordinert og integrert tilnærming kunne bidra til å involvere pårørende, pasient og helsepersonell preferanser vedrørende utskrivelse.	God Nivå 1

2	Neiterman, Elena, Walter P. Wodchis og Ivy Lynn Bourgeault. 2015. Canada. Canadian journal of aging. 34(1):90-99	Experiences of older adults in transition from hospital to community	Å undersøke hvordan pasienter og deres pårørende opplevde overgangen til kommunen etter utskrivelse fra sykehus, både med tanke på medisinske utfordringer og daglige problemer.	Kvalitativ metode Semistrukturerte intervju	36 pasienter og deres pårørende. Liggetiden i sykehus var i gjennomsnitt 15 dager. Pasientene var utskrevet fra akutt behandling ved sykehus i Ontario.	Korte og langsiktige utfordringer med tanke på tilrettelegging av bolig og utfordringer med å forstå kommunehelsetjenestens organisering. Samt at pasientene hadde en del praktiske og emosjonelle bekymringer.	God Nivå 1
3	Hvalvik, Sigrun og Bjørg Dale. 2015. Norge. Open journal of nursing. 5: 622-631	The transition from hospital to home: Older people's experiences	Å beskrive og belyse den levde erfaringen til eldre hjemmeboende pasienter med fortsatt pleie behov ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet.	Kvalitativ metode. Narrative intervju.	7 eldre deltakere over 67 år fra to norske kommuner på Sørlandet. De var utskrevet fra sykehus for 7-8 uker siden og hadde hatt behov for hjelp fra hjemmesykepleien etter hjemkomst.	Pasientene hadde en opplevelse av å føle seg tilsidesatt, samtidig som de aksepterte det og den manglende inkluderingen av dem i organiseringen av utskrivelse og hjemkomst. En følelse av sårbarhet og utfordringer med å tilpasse seg endringene i funksjonsnivå.	God Nivå 1 (i år 2015 når artikkelen var publisert).

4	<p>Foss, Christina, Dag Hofoss, Tor Inge Romøren, Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold.</p> <p>2012. Norge. Sykepleien forskning. 4(7):324-333.</p>	<p>Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus.</p>	<p>Å beskrive eldre pasienters erfaringer med de tjenester de har fått under sykehusoppholdet som forberedelse til hjem eller sykehjem og tiden rett etter utskrivelse.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Personlig intervju.</p>	<p>142 pasienter utskrevet til hjemmet og 188 utskrevet til sykehjem i perioden 2007- 2009.</p>	<p>Et ønske om å bli hørt. Manglende medvirkning, opplæring og informasjon i blant annet medisiner. Hver 4. Pasient ytret at de ikke fikk formidlet hva som var viktig for dem ved utreise. Manglende utskrivningssamtale hos de fleste. 15,4 prosent av de utskrevet til hjemmet ble utskrevet til tomt hus.</p>	<p>God. Nivå 1</p>
---	--	---	---	--	---	---	------------------------

Vedlegg 3

Søkehistorikk

Ovid Medline

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. Elder* .mp.	19.01.18	Ovid Medline	33846			
2. Exp Comorbidity/ or comorbid* .mp.	19.01.18	Ovid Medline	46200			
3. 1 or 2	19.01.18	Ovid Medline	76236			
4. Transit*.mp.	19.01.18	Ovid Medline	56202			
5. Exp Health Transition/or transition* .mp.	19.01.18	Ovid Medline	51688			
6. Pathway* .mp.	19.01.18	Ovid Medline	189433			
7. 4 or 5 or 6	19.01.18	Ovid Medline	238523			
8. 3 and 7	19.01.18	Ovid Medline	3057			
9. Limit 8 to (danish or english or norwegian or swedish)	19.01.18	Ovid Medline	2895			
10. Limit 9 to "all aged (65 and over)"	19.01.18	Ovid Medline	1243			

11. 8 and 9 and 10	19.01.18	Ovid Medline	1243			
12. Hospital* .mp.	19.01.18	Ovid Medline	191114			
13. (home* or municipal*) .mp.	19.01.18	Ovid Medline	89599			
14. (primary health care or secondary health care).mp.	19.01.18	Ovid Medline	0			
15. 12 or 13 or 14	19.01.18	Ovid Medline	271357			
16. 11 and 15	19.01.18	Ovid Medline	363			
17. Exp Patient Satisfaction or experience.mp.	19.01.18	Ovid Medline	96727			
18. 16 and 17	19.01.18	Ovid Medline	40	25	11	2

Vedlegg 4

Søkehistorikk

ProQuest

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. Old* OR aged* OR elder* OR comorbid* OR multicomorbid* OR clinical pathway* OR patient pathway* OR care pathway* OR critical pathway* OR transit* OR transition*	09.03.18	ProQuest				
2. Hospital* OR home* OR municipal health services OR primary health care OR secondary health care OR home health services	09.03.18	ProQuest				
3. 1 AND 2	09.03.18	ProQuest				
4. Experience*	09.03.18	ProQuest				
5. 3 AND 4	09.03.18	ProQuest				

6. Begrenset til artikler.	09.03.18	ProQuest				
7. Avgrenset til norsk-, engelsk-, svensk- og danskspråklige artikler.	09.03.18	ProQuest	394,153			
8. Begrenset til Skandinavia	09.03.18	ProQuest	4506			
9. Begrenset til alder 65 +	09.03.18	ProQuest	435	45	8	0

Vedlegg 5

Intervjuguide

Varighet på 1-1,5 time, tilpasset individuelle behov.

Tema:	Spørsmål:	Oppfølgingsspørsmål:
Utskrivelsen:	1. Hvordan opplevde du å bli utskrevet fra sykehuset?	1. Hva slags informasjon fikk du? <ul style="list-style-type: none">- Av hvem?- Opplæring?- Medisiner, kosthold, aktivitet, kontroller? 2. Hvordan opplevde du formidlingen av informasjon? <ul style="list-style-type: none">- Språk?- Forståelig? 3. Hvordan opplevde du at dine behov ble møtt?
Transporten:	1. Hvordan opplevde du reisen hjem?	1. Hvordan ble du fraktet til hjemmet? 2. Hadde du følge? 3. Ble du forberedt på hjemreisen? <ul style="list-style-type: none">- Av hvem?- På hvilken måte?
Hjemkomsten:	1. Hvordan opplevde du å komme hjem?	1. Bor du alene? 2. Var det noen som tok i mot deg hjemme? <ul style="list-style-type: none">- Hjemmesykepleien?- Pårørende 3. Hvordan håndterte du situasjonen?
Oppfølgingen:	1. Hvordan har du opplevd tiden etter du kom hjem?	1. Hvordan har oppfølgingen vært etter du kom hjem? <ul style="list-style-type: none">- Fastlege, hjemmesykepleie, poliklinikk? 2. Hvordan håndterer du situasjonen din? 3. Føler du deg trygg og ivaretatt?

Vedlegg 6

Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt

Hei i kommune!

Viser til samtale per telefon den ... og sender som avtalt informasjon om mitt forskningsprosjekt. Som nevnt på telefon er jeg master student ved Høgskolen i Molde og jeg holder på med siste del av min mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. Som flerårig ansatt sykepleier i kommunehelsetjenesten så jeg behovet for en mer helhetlig og koordinerende rolle både på sykehus og i kommunen. På bakgrunn av dette valgte jeg å ta en mastergrad i Avansert klinisk sykepleie som har fokus på ivaretagelse av den multisyke pasienten med alvorlige og sammensatte behov. Studiet gir kunnskap om systematisk kartlegging og vurdering av pasienters helsetilstand, samtidig som det bidrar til større beslutningsevne og kompetanse til å iverksette sykepleieintervensjoner. Det er også lagt mye vekt på samarbeid mellom tjenestenivå i tillegg til pasient- og pårørendeopplæring, undervisning og veiledning. Målet med studiet er å imøtekomme behovet for en mer avansert sykepleierrolle i tråd med anbefalinger gitt i St. Meld. 26. Om Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015).

Litt bakgrunnsinformasjon:

Som dere kjenner til tredde det i 2009 i kraft en ny reform kalt Samhandlingsreformen i Norge. Denne reformen pekte på utfordringene rundt ivaretagelsen av kontinuitet i helsehjelpen for pasient og pårørende og beskrev datidens helsetjenester som oppstykket. Helse- og omsorgstjenesteloven §6-1 samt stortingsmelding 26 (2014-2014) var utformet for å organisere samarbeidet om pasientene på tvers av tjenestenivå mellom helseforetak og kommunene.

Med utgangspunkt i denne informasjonen, og gjennom min bakgrunn fra arbeid i kommunehelsetjenesten har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål som jeg mener det er viktig for pasientene at vi etablerer oss kunnskap om:

Hvilke erfaringer har den eldre multisyke pasienten med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten?

Jeg håper at dere også ser nytten av at vi får kunnskap om pasientens erfaringer for å sikre og bedre kvaliteten på tjenestene. Studien er tilrådd av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Se vedlegg).

Ønsket er at sykepleiere i hjemmesykepleien skal informere, forespørre og innhente samtykke fra 5-6 informanter som passer mine kriterier. Jeg har lagt ved et eget brev til de ansatte i hjemmesykepleien med informasjon om prosjektet og inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt et vedlegg for innhenting av samtykke hos informantene.

Kontaktinformasjon:

NN

Adresse

Mobil og epost.

Jeg håper dere er interesserte i å hjelpe meg med å besvare forskningsspørsmålet mitt og takker på forhånd for samarbeidet.

Mvh Malene Lillebostad

Prosjektansvarlig

Veileder

Vedlegg 7

Informasjonsbrev til hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen

Hei alle sykepleiere i hjemmesykepleien i kommune!

Etter avtale med ledelsen i Pleie og Omsorg i deres kommune sender jeg her over informasjon om et forskningsprosjekt som jeg håper dere kan hjelpe meg med. Jeg er student ved Høgskolen i Molde og jeg holder på med siste del av min mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. Som flerårig ansatt sykepleier i kommunehelsetjenesten så jeg behovet for en mer helhetlig og koordinerende rolle både på sykehus og i kommunen. På bakgrunn av dette valgte jeg å ta en mastergrad i Avansert klinisk sykepleie som har fokus på ivaretagelse av den multisyke pasienten med alvorlige og sammensatte behov. Studiet gir kunnskap om systematisk kartlegging og vurdering av pasienters helsetilstand, samtidig som det bidrar til større beslutningsevne og kompetanse til å iverksette sykepleieintervensjoner. Det er også lagt mye vekt på samarbeid mellom tjenestenivå i tillegg til pasient- og pårørendeopplæring, undervisning og veiledning. Målet med studiet er å imøtekomme behovet for en mer avansert sykepleierrolle i tråd med anbefalinger gitt i St. Meld. 26. Om Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015).

Litt bakgrunnsinformasjon:

Som dere kjenner til tredde det i 2009 i kraft en ny reform kalt Samhandlingsreformen i Norge. Denne reformen pekte på utfordringene rundt ivaretagelsen av kontinuitet i helsehjelpen for pasient og pårørende og beskrev datidens helsetjenester som oppstykket. Helse- og omsorgstjenesteloven §6-1 samt stortingsmelding 26 (2014-2014) var utformet for å organisere samarbeidet om pasientene på tvers av tjenestenivå mellom helseforetak og kommunene.

Med utgangspunkt i denne informasjonen, og gjennom min bakgrunn fra arbeid i kommunehelsetjenesten har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål som jeg mener det er viktig for pasientene at vi etablerer oss kunnskap om:

Hvilke erfaringer har den eldre multisyke pasienten med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten?

Jeg håper at dere også ser nytten av at vi får kunnskap om pasientens erfaringer for å bedre kvalitet og sikre tjenester. Studien er tilrådd av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Se vedlegg).

Ønsket er at dere som sykepleiere i hjemmesykepleien skal informere, forespørre og innhente samtykke fra 5-6 informanter som passer mine kriterier.

Beskrevet under finner dere inklusjons og eksklusjonskriteriene for deltakelse i min studie:

Inklusjonskriterier:

- Den multisyke pasienten over 65 år, snakker norsk og er klar og orientert.
- Informantene kommer fra samme kommune.
- Informanten har vært innlagt ved kirurgisk eller medisinsk enhet ved et sykehus i Norge og er utskrevet i løpet av de siste 3-5 dagene.
- Informanten mottar eller har mottatt hjemmesykepleie i forbindelse med utskrivelsen.

Eksklusjonskriterier:

- Pasienten med kreftsykdom

Ønsket er at dere setter meg i kontakt med 5-6 pasienter som møter mine kriterier for deltakelse. Dette gjøres ved at en sykepleier i hjemmesykepleien som kjenner pasienten kommer med en forespørsel til pasienten basert på informasjonen beskrevet (se eget skriv om forespørsel om deltakelse og innhenting av samtykke for informant). Jeg påpeker at samtykket om å delta i studien skal være frivillig og pasientene skal ikke settes i kontakt med meg før samtykke er innhentet. Viser til helseforskningsloven kapittel 4 § 13:

Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov.

Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Samtykket skal bygge på spesifikk informasjon om et konkret forskningsprosjekt med mindre

det er adgang til å avgi et bredt samtykke, jf. § 14. (Helseforskningsloven 2008, kapittel 4 §13)

Samtykke kan innhentes ved bruk av skjema som ligger vedlagt. Når samtykke er innhentet kan undertegnede kontaktes. Jeg kan også kontaktes om dere eller informantene har spørsmål om studien.

Kontaktinformasjon:

NN, adresse, tlf og mail.

Jeg håper dere er interesserte i å hjelpe meg med å besvare forskningsspørsmålet mitt og takker på forhånd for samarbeidet.

Mvh Malene Lillebostad

Prosjektansvarlig

Veileder

Vedlegg 8

Informasjon og samtykkeerklæring til informant

Standardskjema fra REK hentet fra

https://helseforskning.etikkom.no/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672 den 04.05.2018.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

PASIENTEN I OVERGANGEN MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTEN - PASIENTENS ERFARINGER

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for at vi skal kunne få kunnskap om den eldre multisyke pasients erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. Du er forespurt om å delta i studien med bakgrunn i at du for kort tid siden var innlagt på sykehus.

Jeg er mastergrad student ved Høgskolen i Molde og gjennom studiet i Avansert klinisk sykepleie er det fokus på ivaretagelse av den multisyke pasienten med alvorlige og sammensatte behov. Studiet gir kunnskap om systematisk kartlegging og vurdering av pasienters helsetilstand, samtidig som det bidrar til større beslutningsevne og kompetanse til å iverksette sykepleieintervensjoner. Det er også lagt mye vekt på samarbeid mellom tjenestenivå i tillegg til pasient- og pårørendeopplæring, undervisning og veiledning. Målet med studiet er å imøtekomme behovet for en mer avansert sykepleierrolle i tråd med anbefalinger gitt i St. Meld. 26. Om Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015).

Hensikten med studien er å få kunnskap om den eldre multisyke pasientens erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten.

Gjennom min forskningsstudie ønsker jeg å få kunnskap om dine erfaringer med overgangen fra sykehus til kommune.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Dersom du samtykker til å delta i studien vil du etter kort tid bli kontaktet av meg via telefon. Vi vil da avtale et tidspunkt som passer deg. Gjennom et intervju med meg som forsker vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg basert på dine formidlede erfaringer med overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Du vil få spørsmål som kan bidra til å besvare problemstillingen i studien min. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband for at jeg skal kunne ha muligheten til å gå gjennom materialet i ettertid. Etter at intervjuet er gjennomført blir materialet anonymisert. Intervjuet vil foregå hjemme hos deg, eller et annet sted etter ditt ønske. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1-1,5 time, tilpasset dine behov.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte NN på mobil: eller på e-postadresse:

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Godkjenning

(Dette vil bli utfyllt ved godkjenning fra REK i forkant av utsending av skjema)

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk,
[sett inn saksnr. hos REK (20xx/yyy)].

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Ansvarlig for forskningsprosjektet