

Sykepleieres erfaringer med utskrivelse av eldre pasienter
til kommunehelsetjenesten og pasientenes medvirkning i
denne prosessen

- En studie etter iverksettelsen av samhandlingsreformen

Grete Eriksen



Masteroppgave

Masterprogram i helsefag

Studieretning sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Våren 2014

FORORD

Det er mange som har medvirket til gjennomføringen av denne studien. Alle bidragsyterne fortjener en stor takk.

Først vil jeg takke sykepleierne som ga av sin tid og som lot seg intervju. Deres oppmøte og engasjement var avgjørende for utførelsen av prosjektet.

En stor takk går til min veileder Eva Gjengedal, professor ved Universitetet i Bergen. Hennes konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger har gitt meg pågangsmot til å stå på videre gjennom hele arbeidet med oppgaven.

Universitetsansatte som har hjulpet med praktiske og tekniske utfordringer fortjener også en takk. Det samme gjør deltakerne i gruppen for fenomenologisk helsefaglig forskning for nyttige innspill og tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke mine medstudenter. Våre samtaler over lange lunsjer har vært betydningsfulle som avkobling gjennom dette året.

Til slutt vil jeg takke min samboer Olav, som har oppmuntret meg underveis og vært en støttende samtalepartner.

Bergen, mai 2014

Grete Eriksen

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG

SUMMARY

SKILLEARK: INTRODUKSJON

1.0 BAKGRUNN	s. 9
1.1 Oppgavens oppbygging	s. 10
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	s. 10
2.1 Brukermedvirkning	s. 11
2.2 Utskrivelsesprosessen	s. 12
2.3 Samhandlingsreformen	s. 12
3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	s. 13
3.1 Hensikt	s. 13
3.2 Problemstilling	s. 13
4.0 METODE	s. 13
4.1 Valg av forskningsdesign	s. 13
4.2 Rekruttering av deltakere	s. 14
4.3 Utvalg	s. 15
4.4 Kriterier for deltakelse	s. 16
4.5 Datainnsamling	s. 16
<u>4.5.1 Gjennomføringen av intervjuene</u>	s. 17
4.6 Transkripsjon	s. 18
4.7 Analyse	s. 19
4.8 Etikk	s. 20
5.0 RAMMEVERK OG TEORIGRUNNLAG	s. 21
5.1 Innføringen av samhandlingsreformen	s. 21

5.2 Brukermedvirkning	s. 23
<u>5.2.1 Eldre og brukermedvirkning</u>	s. 23
5.3 Sykepleierens rolle og identitet	s. 24

6.0 FUNN	s. 26
-----------------	-------

7.0 HELSEPOLITISKE FORUTSETNINGER FOR AT SYKEPLEIERE SKAL KUNNE VEKTLEGGJE BRUKERPERSPEKTIVET	s. 27
--	-------

8.0 METODEREFLEKJSON	s. 30
-----------------------------	-------

9.0 AVSLUTNING MED IMPLIKASJONER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	s. 33
---	-------

REFERANSER	s. 35
-------------------	-------

SKILLEARK: ARTIKKEL

FORSIDE

ABSTRACT

INTRODUCTION

Patient participation

Ethical issues regarding patient participation

METHOD

Design

Participants

Data collection

Ethical issues and approval

Data analysis

FINDINGS

Conditional patient involvement

Stuck between a rock and a hard place

Stuck between patients and relatives

Stuck between ambitions and opportunity

Better documentation and communication –less responsibility

The municipality has a key role

DISCUSSION

METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS

CONCLUSION AND PRACTICAL IMPLICATIONS

ACKNOWLEDGEMENTS

REFERENCES

SKILLEARK: VEDLEGG

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv

VEDLEGG 2: Samtykkeskjema

VEDLEGG 3: Intervjuguide

VEDLEGG 4: Skjema for relevante personopplysninger

VEDLEGG 5: Godkjennelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

VEDLEGG 6: Author guidelines for Scandinavian Journal of Caring Sciences (SJCS)

SAMMENDRAG

Dette er en todelt oppgave, der introduksjonen tar for seg bakgrunn, metode, teori og en begrenset del av drøftingen. Drøftingen i introduksjonen er tatt med for å få en større forståelse av konteksten til studiens tematikk. Den andre delen av oppgaven er et utkast til en artikkel. Artikkelen er skrevet etter retningslinjene til Scandinavian Journal of Caring Sciences (SJCS) (vedlegg 6).

Hensikt: Undersøke sykepleieres erfaringer med eldre pasienters medvirkning i utskrivelsen fra sykehus til kommunehelsetjeneste. Studien er utført i lys av samhandlingsreformen (SHR).

Design: Studien har en kvalitativ tilnærming og fokusgruppeintervju ble utført.

Metode: To fokusgruppeintervju ble foretatt, med til sammen åtte deltakere. Knodel ble brukt som ramme for analysen.

Funn: Analysen resulterte i fire tema. Disse er: *Betinget brukermedvirkning, sykepleierne mellom barken og veden* som har to undertemaer: *Skvis mellom pårørende og pasienten* og *skvis mellom muligheter og ønsker*. De to siste temaene er: *Bedre dokumentasjon og kommunikasjon, mindre ansvar og kommunen – en nøkkelrolle*.

Konklusjon: Sykepleierne i denne studien ønsket å la pasienter få medvirke i avgjørelser angående deres utreise, men i praksis kunne dette være utfordrende. Ressursmangler, tidspress og standardisering var faktorer som gjorde dette vanskelig. Sykepleierne hadde en positiv oppfatning av SHR, men poengterte samtidig at noen av retningslinjene som fulgte med den, kunne hindre medvirkning.

Nøkkelord: Brukermedvirkning, eldre pasienter, utskrivelse, sykepleieres erfaringer, fokusgruppeintervju.

SUMMARY

This thesis has two sections. First there is an introduction, which includes background, method, theory and a discussion. The discussion is meant to highlight the context of the findings from this study. In the second part of the thesis is a draft for an article written after guidelines from Scandinavian Journal of Caring Sciences (SJCS) (attachment 6).

Aim: The aim of this study was to describe how nurses working in hospitals experience elderly patients participation when being discharged to a municipal health care service. Nurses' experience regarding this topic after the introduction of the coordination reform (CRF) was especially emphasized.

Design: A qualitative design using focus groups were chosen.

Method: Two focus groups with a total of eight nurses participating were conducted. To analyse and interpret the data a framework made by Knodel was used.

Findings: From the interviews four topics emerged: *Conditional patient participation, stuck between a rock and a hard place*, with the subtopics: *Stuck between patients and relatives* and *stuck between ambitions and opportunity*. The last two were called: *Better documentation and communication –less responsibility* and *the municipality has a key role*.

Conclusion: Even though the nurses in this study wanted to let patients participate, this was not always easy. Lack of resources, time limitations and standardized guidelines were factors that made participation demanding. The nurses expressed a positive impression of the CRF, but they also realized that the guidelines it brought with it could prevent patient participation.

Keywords: Patient participation, hospital discharge, nurses experience, user involvement, the coordination reform and elderly.

Del 1: INTRODUKSJON

1.0 BAKGRUNN

Omlag halvparten av innlagte pasienter på sykehus er eldre. Dette er også den gruppen som mottar mest pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Det er dermed naturlig å trekke den slutningen at den største andelen pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunehelsetjeneste, er eldre (1). Utreiseplanlegging er det i stor grad sykepleiere som har ansvar for, og dette arbeidet opptar store deler av arbeidsdagen deres (2). Mangel på klare retningslinjer og prosedyrer har gjort dette arbeidet lite konsekvent (3).

I januar 2012 ble samhandlingsreformen (SHR) innført. Denne reformen skal legge føringer for fremtidens helsevesen og skal blant annet være veiledende ved utreiseplanlegging. Med SHR ønsket man i større grad å involvere kommunehelsetjenesten for å forenkle utskrivelsesarbeidet, blant annet med tiltak som at kommunen må betale for utskrivningsklare pasienter (4).

De senere årene har begreper som brukermedvirkning og pasientmedvirkning i økende grad inntatt helsevesenet. Verdien av å lytte til pasientenes stemme blir mer verdsatt enn tidligere. Dette viser seg blant annet ved at pasienter nå har lovfestet medvirkningsrett (5). I tillegg er ivaretagelse av pasientens rett til å foreta valg nedfelt som en retningslinje for sykepleiere (6).

Den demografiske utviklingen i Norge viser at levealderen stiger, og antall eldre i befolkningen øker. Velferden og den medisinske utviklingen bidrar til at vi blant annet kan leve lenge med sykdommer som tidligere var dødelige (4). Eldre pasienter er en sammensatt pasientgruppe, med ulike behov. I utskrivelsesprosessen fra sykehus blir dette spesielt tydelig da man må ta hensyn til ulike pleie-, utstyr- og oppfølgingsbehov (7). Når sykepleiere skal tilrettelegge for at pasienter med slike sammensatte problemstillinger skal få medvirke i utskrivelsesprosessen, kan det oppstå utfordringer. En pasients ønske om korttids- eller rehabiliteringsopphold et sted hvor det ikke er plass, er et eksempel på situasjoner som sykepleiere daglig står ovenfor. Sykepleiere i sykehus er den yrkesgruppen som opplever flest slike situasjoner. Å være bindeleddet mellom pasienten og helsevesenet kan være krevende (3).

Som sykepleier har jeg arbeidet ved en større sengepost, hvor majoriteten av pasientene var eldre. Arbeidet med å skrive ut disse pasientene til kommunehelsetjenesten var

tidkrevende og jeg følte ofte at jeg ikke strakk til. En til tider dårlig kommunikasjon med kommunen og manglende mulighet til å kunne tilby pasientene det de ønsket seg, opplevde jeg som lite tilfredsstillende. Gjennom en økende interesse for helsepolitikk ble innføringen av SHR et vendepunkt for meg. Utskrivelsesarbeidet ble mer konsekvent, men samtidig opplevde jeg at handlingsrommet mitt ble innskrenket. Da jeg fikk anledning til å skrive en masteroppgave ble det naturlig å ta for meg denne problematikken. Muligheten for å undersøke hvordan andre sykepleiere erfarte de samme problemstillingene motiverte meg til å iverksette studien. Siden SHR nå har vært gjeldende i over to år, mener jeg det er tidsriktig med et slikt prosjekt.

1.1 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven er organisert i to deler. Den første delen er en introduksjon som i hovedsak tar for seg metodevalg, rammeverk og teorigrunnlag, drøfting og metoderefleksjon. Drøftingen i introduksjonen omhandler den politiske konteksten som studiens temaer oppstår i. På grunn av plassmangel ble dette i liten grad vektlagt i artikkelen og er derfor valgt utdypet i introduksjonen. Andre del av oppgaven er et utkast til en artikkel, skrevet med utgangspunkt i retningslinjene til Scandinavian Journal of Caring Sciences (SJCS). Drøftingen i artikkelen tar først for seg brukermedvirkning, deretter vektlegges sykepleierens rolle og til slutt omtales disse temaene i lys av helsevesenet generelt. All drøfting er bygget på funn fra studien.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

For å finne forskningslitteratur har jeg søkt i databasene PubMed, Cinahl, SweMed+, Idunn og Google Scholar. Søk i tidsskrifter som Sykepleien og Tidsskrift for Den Norske Legeforening er også gjort. I tillegg har jeg benyttet litteraturlisten til noen av artiklene som inspirasjon til å finne lignende forskning. Jeg ønsket i utgangspunktet ikke å ha med artikler som er eldre enn ti år, men har valgt å ha med noen fra begynnelsen av 2000-tallet, fordi jeg fant dem spesielt interessante.

Søk etter relevant forskning har jeg gjort både på egenhånd og i samarbeid med bibliotekar. Jeg utførte først et søk med bibliotekar før intervjuene, deretter på nytt etter analysen var ferdig. Dette gjorde jeg for å finne eventuell ny forskning som hadde kommet etter sist søk. De norske søkeordene som er anvendt er: *Utreiseplanlegging*,

brukermedvirkning, pasientmedvirkning, sykepleieres erfaringer, samhandlingsreformen, utskrivelse, geriatri og eldre.

Av engelske søkeord ble disse anvendt: *User involvement, patient participation, hospital discharge, nurses experience, the coordination reform og elderly*. Da jeg benyttet søkeord som *elderly* og *patient participation* i de internasjonale databasene opplevde jeg å få flere hundre treff. Med denne mengden var det vanskelig å skille ut relevant forskning. En bibliotekar hjalp meg med å avgrense søkene og avdekke litteratur som var spesielt interessant for min oppgave. Kvalitative studier fremsto som mest aktuelle, spesielt de som anvendte fokusgruppeintervju. Studier med sykepleiere som informanter var mest interessante for mitt behov. Det var ønskelig å finne artikler med både utreiseplanlegging og brukermedvirkning som tematikk, men enkelte studier som i hovedsak tar for seg kun et av disse temaene er også inkludert.

I de internasjonale databasene fikk jeg få treff å da jeg søkte på SHR. Med bakgrunn i metode- og temavalg var ikke disse artiklene aktuelle for meg å ta med. Jeg valgte derfor å forsøke nordiske tidsskrifter og databaser. Også her var søkeresultatene begrenset. Få helseprofesjoner blir nevnt ved navn i SHR (8). Det har derfor vært vanskelig å finne forskning som konsentrerer seg spesielt om sykepleiere. Forskingen om SHR innfrir derfor ikke helt mine forventinger, noe som er naturlig siden reformen bare har virket i to år, men jeg har valgt å ta med noe for å belyse noe av det som finnes av forskning om dette temaet. Det er valgt å presentere forskningen tematisk.

2.1 Brukermedvirkning

En svensk studie fra 2012 konkluderte med at pasientene sjelden ble invitert til å delta i avgjørelser relatert til deres utskrivelse. Majoriteten av utskrivelsene ble diskutert mellom legene og sykepleierne, og pasientene ble kun informert om avgjørelsene. Helsepersonellet uttrykte at store deler av arbeidsdagen gikk med til å planlegge utreiser og at dette gjorde dem frustrert. De komplekse behovene til de eldre pasientene ble ikke ivare tatt slik som ønskelig, og pasientene følte seg dermed lite velkomne (7). Presset om å frigjøre sengeplasser ble også vektlagt i en studie gjennomført i fem EU-land. Her kom det frem at pasientenes medvirkning var avhengig av hvor mye helsepersonellet tilrettela for at dette skulle bli utført (9). Huby, Stewart, Tierney og Rogers (10) sin studie viste også at pasientene i liten grad deltok når avgjørelser skulle tas. Til tross for

det uttrykte samtlige av de 22 deltagende pasientene at de synes det var greit at personalet tok avgjørelser på deres vegne.

Brukermedvirkning blant eldre kan være en utfordring. Ulike faktorer spiller inn for at dette skal bli gjennomført (11). En litteraturstudie viste at faktorer som at helsepersonellet ønsker å ha kontroll, dårlig tid og pasientens diagnose kan være utslagsgivende for om pasientene blir involvert eller ikke (12). I Norge ble det i 2010 utført en studie som konkluderte med at helsepersonell så betydningen av å involvere pasientene i avgjørelser. Til tross for dette verdsatte de den medisinske kunnskapen høyere enn pasientenes mening. Helsepersonellet vektla pasientenes ønsker når det passet dem og på den måten forble asymmetrien mellom de to ivarettatt (13).

2.2 Utskrivelsesprosessen

En amerikansk studie fra 2005 bekrefter at sykepleiere bruker mye av sin arbeidsdag på å planlegge utskrivelse av pasienter. Erfaringer fra tidligere utskrivelser la grunnlaget for hva som ble vektlagt i utreiseplanleggingen. Til tross for at planleggingen tok mye tid var dokumentasjonen rundt dette arbeidet til tider mangelfull (2). En lignende konklusjon hadde den norske studien til Danielsen og Fjær (3). Her ble det påpekt at manglende prosedyrer, tilfeldige telefonsamtaler mellom sykehus og kommune og sen postgang la grunnlag for en utreiseplanlegging med forbedringspotensial.

Forskning har også vist at siden utreiseplanlegging er en så stor del av sykepleieres arbeidsdag burde fokuset på dette økes, både i utdanningene og på arbeidsplassene. Klare retningslinjer og prosedyrer angående utreiseplanlegging er ønskelig for at dette arbeidet skal bli bedre (14). En britisk litteraturstudie konkluderte også med at utreiseplanleggingen av eldre pasienter kan forbedres. Å starte utreiseplanleggingen tidlig, inkludere pasientens familie og vektlegge tverrfaglig samarbeid ble trukket frem som forslag for å forbedre denne prosessen (15).

2.3 Samhandlingsreformen

Det er fremdeles tidlig, men noe forskning har kommet etter innføringen av SHR. I Østfold er det utført et prosjekt som viser nedgang i antall liggedøgn på sykehus. Dette har gitt kommunene generelt en økt arbeidsmengde, men det er forskjeller på hvor mye og hvordan hver kommune håndterer dette (16). I 2013 gav Norsk institutt for forskning

om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ut en rapport skrevet på oppdrag av Norsk Sykepleierforbund (NSF) om hvordan kommunen tar i mot det økende antallet utskrevne pasienter. Rapporten viste blant annet at sykepleierne har opplevd å få flere og mer varierte arbeidsoppgaver, men at manglende ressurser gjør arbeidet vanskelig (17). I tillegg er et større prosjekt, i regi av Frischsenteret, startet opp. Dette prosjektet vil pågå frem til 2015 og man skal se på hvilke tilsiktede og utilsiktede konsekvenser SHR har (18).

Samlet viste litteraturgjennomgangen at det til nå er lite forskning som viser sykehusansatte sykepleiere sine erfaringer etter innføringen av SHR. Det er derfor nærliggende å tenke at det er behov for videre forskning om dette emnet.

3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

3.1 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i sykehus har med utskrivning av eldre pasienter til kommunehelsetjenesten, etter at SHR trådte i kraft. Sykepleiernes erfaringer med pasientenes medvirkning i denne prosessen vil bli spesielt vektlagt.

Siden det foreløpig finnes lite forskning om hvilke praktiske implikasjoner SHR har hatt for sykepleiere på sykehus, vil denne studien kunne gi nyttig informasjon til det videre arbeidet med å forbedre utskrivelsesprosessen for eldre pasienter.

3.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere med eldre pasienters medvirkning i utskrivningen fra sykehus til kommunehelsetjeneste, etter at samhandlingsreformen trådte i kraft?

4.0 METODE

4.1 Valg av forskningsdesign

Studiens hensikt er avgjørende for hvilke metode man skal benytte (19). Siden

hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i sykehus har med utskrivning av eldre pasienter, falt valget på kvalitativ metode. Videre anså jeg det som viktig å involvere flere sykepleiere, og det fremsto som interessant å studere hvilke erfaringer sykepleiere som gruppe har. Siden individuelle intervju ikke kan gi slike data, ble det naturlig å velge fokusgrupper som design for studien.

Fokusgruppeintervju egner seg til å utforske fenomener som gjelder en gruppes felles erfaringer eller synspunkter (20), og ble derfor oppfattet som et hensiktsmessig design for denne studien. Sykepleiernes meningsutveksling og samhandling under intervjuene ville kunne gi dem assosiasjoner og forhåpentligvis tilføre studien et rikt datamateriale (20).

Antall fokusgrupper er avhengig av studiens hensikt og problemstilling. En vanlig metode for å beregne antall grupper er å starte med to stykker og supplere med flere til man opplever en metning (20). Andre argumenterer for at man burde ta utgangspunkt i tre til fire grupper. Samtidig kan man gjennomføre færre dersom man har begrensede ressurser som for eksempel en begrenset tidsramme (19). Siden denne studien ble utført i forbindelse med min masteroppgave hadde jeg begrenset tid. Jeg valgte derfor å gjennomføre to intervjuer. Da jeg ikke har arbeidet med fokusgrupper tidligere opplevde jeg at to grupper virket passende.

4.2 Rekruttering av deltakere

Da jeg skulle velge hvilke avdelinger jeg ønsket å rekruttere sykepleiere fra ville jeg bruke en strategisk metode. Dette går ut på å finne deltakere som har kunnskap om studiens tema (20). Jeg ønsket å rekruttere sykepleiere fra avdelinger hvor eldre pasienter var en vanlig pasientgruppe. På denne måten håpet jeg at deltakerne hadde erfaringer fra å skrive ut eldre pasienter til kommunehelsetjenesten. I tillegg til dette måtte jeg ta stilling til om jeg ville anvende avdelinger som var medisinske, kirurgiske eller begge deler. Jeg besluttet å rekruttere sykepleiere fra medisinske sengeposter til den ene fokusgruppen og sykepleiere fra kirurgiske sengeposter til den andre fokusgruppen. På denne måten kunne jeg sikre en homogenitet innad i hver gruppe, siden sykepleierne kommer fra samme behandlende tradisjon. Homogenitet kan være med på å styrke gruppedynamikken og deltakerne kan enklere relatere seg til hverandres erfaringer (19, 20). I tillegg kan dette bidra til at deltakerne er mer avslappet i intervjusituasjonen (21). Siden jeg valgte å dele gruppene på denne måten ville jeg også

ha mulighet til å undersøke eventuelle likheter og forskjeller mellom kirurgiske og medisinske sengeposter. Å ha muligheten til å sammenligne gruppene mener Knodel (22) er en viktig faktor når man deler inn gruppene.

Til tross for at jeg ønsket homogenitet i gruppene tilstrebet jeg også en viss variasjon. Dette kan være hensiktsmessig fordi det er mangfoldet i erfaringer som kan være med på å skape et rikt datamateriale (20). For å sørge for variasjon rekrutterte jeg deltakere fra tre ulike sengeposter til hver gruppe. På denne måten var det naturlig å tenke at deltakerne hadde likheter i sine erfaringer, samtidig som de ikke kjente hverandre godt. Dette er anbefalt fordi deltakerne da ikke har etablerte posisjoner i gruppen, og man kan få en livligere diskusjon (20).

For å rekruttere deltakere tok jeg kontakt med sykehusets ledelse og fikk tillatelse til å gjennomføre studien. Videre kontaktet jeg avdelingssykepleierne ved de ulike sengepostene som jeg ønsket å rekruttere sykepleiere fra. Jeg informerte dem om prosjektet og fikk klarsignal fra samtlige. Siden jeg selv hadde arbeidet ved en av de kirurgiske sengepostene ble denne utelatt fra studien. De resterende sengepostene ble valgt ut med bakgrunn i alder på pasientgruppene.

Ved en av sengepostene deltok jeg på et personalmøte og informerte om studien. Sykepleierne som var til stede fikk utdelt informasjonsskriv (vedlegg 1), samtykkeskjema (vedlegg 2) og frankert konvolutt. De som ønsket å delta returnerte samtykkeskjemaet til meg via post. Ved de andre sengepostene var det avdelingssykepleierne som fant deltakere for meg og ga dem informasjonsskriv, samtykkeskjema og frankert konvolutt. Også fra disse deltakerne mottok jeg samtykkeskjemaet i posten.

4.3 Utvalg

I fokusgruppe en var det fire kvinner som deltok i alderen 26-55 år (gjennomsnitt 34 år). I fokusgruppe to var det fire kvinner som deltok i alderen 26-31 år (gjennomsnitt 28 år). Som det kommer frem av Tabell I (s. 16) var seks av deltakerne under 30 år. En av deltakerne var 31 år og den siste skilte seg noe ut med sine 55 år. Informantene var dermed forholdsvis unge og aldersmessig relativt homogene.

Tabell I: Oversikt over deltakernes alder, antall år som yrkesaktiv sykepleier og lengden på nåværende arbeidsforhold.

Deltakere fra begge fokusgrupper = 8 (n = 8)	Antall
Alder	
20-29 år	6
30-39 år	1
40-49 år	0
≥ 50 år	1
Antall år som yrkesaktiv sykepleier	
0-4 år	7
5-9 år	1
≥ 10 år	0
Lengde på arbeid ved nåværende avdeling	
0-4 år	7
5-9 år	1
≥ 10 år	0

4.4 Kriterier for deltakelse

Inklusjonskriterier for denne studien var at deltakerne måtte være autorisert sykepleier og ha arbeidet på den samme avdelingen i minimum to år. Disse kriteriene ble satt fordi man ønsket at deltakerne skulle ha erfaring fra avdelingen både før og etter innføringen av SHR.

Eksklusjonskriterier var personer med lederstillinger på avdelingene. Dette fordi en leder kan være med på å skape ubalanse i gruppens maktforhold og man kunne risikert at samtalene ikke fikk en fri flyt (19, 20).

Før rekrutteringen startet hadde jeg et ønske om å ha med både mannlige og kvinnelige deltakere. Siden det er flest kvinnelige sykepleiere (23), ønsket jeg også mannlige deltakere i håp om et mer utfyllende datamateriale. I utgangspunktet skulle en mann delta ved den andre fokusgruppen, men han måtte melde avbud samme dag som intervjuet fant sted. Studien har derfor kun kvinnelige deltakere.

4.5 Datainnsamling

Jeg antok at det ville være en enkel oppgave å avtale dato og klokkeslett for intervjuene. Ettersom denne prosessen tiltok viste deg seg derimot at dette var utfordrende. Turnusarbeid, høstferieavvikling og andre forpliktelser var faktorer som spilte inn for når det passet for sykepleierne å møtes. Siden denne studien hadde en klart avgrenset

tidsramme måtte jeg ved det første intervjuet droppe å ha med en deltaker fordi det ble vanskelig å finne et tidspunkt som det passet for alle. Dette resulterte i at det ble fire deltakere under det første intervjuet i stedet for fem. Dette var selvfølgelig ikke ønskelig, men etter å ha konferert med veileder ble vi enige om at dette var den beste løsningen. Jeg benyttet både mail og SMS for å avtale og holde kontakten med deltakerne. Dette fungerte bra da samtlige deltakere svarte hurtig på begge deler.

Begge intervjuene ble utført på formiddagen klokken 13. Dette tidspunktet ble satt fordi da kunne de sykepleiere som var på dagvakt planlegge dagen slik at det passet å gå på intervjuet, og de som eventuelt skulle på aftenvakt rakk å delta før jobb. Dette fungerte bra for alle deltakerne bortsett fra en. Hun hadde fri den valgte datoen, men valgte likevel å delta ved intervjuet.

Intervjuene fant sted på sykepleiernes arbeidsplass i to ulike møterom. I begge rommene var bordene plassert slik at deltakere, moderator og co-moderator kunne sitte rundt bordet og samtidig se hverandre. Lokalene for fokusgrupper bør være nøytrale for deltakerne, lette å finne frem til, komfortable å oppholde seg i og det bør være gode forhold for lydopptak (20, 21). Møterommene som ble benyttet mener jeg oppfylte disse kravene. Før begge intervjuene inspiserte jeg lokalet dagen i forveien for å bekrefte egnetheten.

For å samle gode data ved fokusgruppeintervju er det avgjørende å ha en gjennomtenkt intervjuguide (21). Jeg startet derfor tidlig arbeidet med intervjuguiden (vedlegg 3) og var opptatt av å få grundig veiledning ved utformingen av den. Det tok ikke lang tid før jeg oppdaget utfordringer ved dette arbeidet. En intervjuguide skal være generell og åpen, samtidig skal den være spesifikk og kun ta for seg de emnene man er interessert i (22). Jeg var bevisst dette i utformingen og forsøkte å danne foki som rommet mye, samtidig som jeg hadde konkrete underspørsmål. Mine hovedfoki var:

Brukermedvirkning, innføringen av SHR, etiske utfordringer, utfordringer relatert til utreiseplanlegging og forberedthet da SHR tredde i kraft.

4.5.1 Gjennomføringen av intervjuene

Dagen før hvert intervju skrev jeg en SMS til hver av informantene for å bekrefte deres deltakelse. På intervjudagen fikk hver av deltakerne utdelt et skjema for relevante

personopplysninger (vedlegg 4) som de ble spurt om å fylle ut. Skjemaet inneholdt spørsmål om demografiske data som alder, hvor lenge de hadde vært sykepleiere og lignende (Tabell I s. 16). Dette kan være produktivt når man senere skal presentere konteksten for funnene (20). Det ble servert kaffe, te og forfriskninger. Før selve intervjuet benyttet jeg anledningen til å gi deltakerne diverse informasjon. Denne informasjonen omhandlet bruk av båndopptaker, anonymitet og sletting av personopplysninger. Alle deltakerne godtok dette.

Undertegnede fungerte som moderator under intervjuene. I tillegg hadde jeg med en co-moderator slik det er anbefalt (19-21). Co-moderatoren var veilederen min. Siden hun har erfaring med å gjennomføre fokusgrupper følte det beroligende å ha henne med. Det ble benyttet to båndopptakere ved hvert intervju. I tillegg til dette skrev co-moderatoren utfyllende notater underveis. Dette gjorde at jeg kunne konsentrere meg om jobben som moderator.

Siden dette var første gang jeg var moderator oppdaget jeg fort hvor utfordrende det er å styre samtalen og følge med på innholdet i den samtidig. Til tross for dette mener jeg begge intervjuene ble utført på en tilfredsstillende måte. Hvert intervju ble avsluttet ved at co-moderatoren oppsummerte det som hadde blitt sagt. Dette for å oppklare eventuelle misforståelser eller uklarheter (19). Siden vi under begge intervjuene fikk oppklaringer i denne prosessen var dette en viktig erfaring å ta med seg. Etter hvert intervju ble moderator og co-moderator igjen og gikk igjennom intervjuet og hva deltakerne hadde sagt. Dette gjorde vi blant annet for å forsikre oss om at vi var enige om at vi hadde forstått deltakerne rett.

Før deltakerne forlot møterommene informerte jeg om at dersom noen hadde spørsmål eller andre henvendelser til meg kunne de kontakte meg i ettertid. Dette tilbudet var det ingen av deltakerne som benyttet seg av. Hvert intervju varte om lag i en time, slik det var planlagt.

4.6 Transkripsjon

At den personen som transkriberer også har vært til stede under intervjuet kan være gunstig (22). Dette i tillegg til at jeg ønsket å lære transkripsjon, gjorde at det var jeg som transkriberte intervjuene. Begge intervjuene ble transkribert innen en uke etter de

var utført. Det første intervjuet var ferdig transkribert før utførelsen av det andre. På den måten kunne jeg nullstille meg mellom intervjuene. Jeg brukte om lag tre-fire dager på å transkribere hvert intervju. Dette arbeidet var mer tidkrevende enn først antatt, siden jeg brukte mye tid på å spole tilbake for å være sikker på at jeg hadde hørt riktig.

Da muntlig språk er annerledes enn skriftlig oppdaget jeg raskt at transkriberingen var en utfordring. Dette påpeker også Polit og Beck (21). Tegnsetting og setningsoppbygging er en av de største utfordringene når man transkriberer for første gang og det er her mange gjør feil. Det var interessant å legge merke til hvor forskjellig man uttrykker seg muntlig og skriftlig. Spesielt la jeg merke til at jeg benytter meg av pauseord som: Ehhhh og bekræftende ord som: Mhm i min tale.

Transkripsjonen ble utført i et stille rom uten forstyrrelser. Lydfilet var på en minnepinne som jeg koblet til PC-en. Jeg skrev ned det som ble sagt fortløpende og valgte å skrive samtalene ned ordrett. Dette er anbefalt for å ikke miste mulig verdifullt innhold i dataene (19). Jeg markerte også pauser, latter og lignende for å ha et godt grunnlag for analysen. Transkriptene ble skrevet i to Word-dokumenter. Til sammen utgjorde det første intervjuet 36 sider og det andre intervjuet 34 sider med 1.0 i linjeavstand. Alle deltakerne ble anonymisert og ble referert til som deltaker (D)1-4 og informant (I)1-4.

4.7 Analyse

En tydelig ramme og fremdriftsplan for analysen er avgjørende for å få tilfredsstillende resultater etter fokusgruppeintervju (24). Dette var jeg tidlig klar over og valgte derfor Knodel's metode som ramme for analysen. Han skisserer en fremdriftsplan for utførelsen av analysen på en slik måte at jeg følte meg komfortabel med å utføre den.

Da arbeidet med selve analysen tiltok begynte jeg med å kode transkriptene. Dette gjorde jeg ved å lage stikkord som oppsummerte det sykepleierne hadde sagt underveis i intervjuene. Stikkordene skrev jeg i margin på dokumentet, som anbefalt (22). Videre plasserte jeg kodene under de ulike temaene fra intervjuguiden. Deretter brukte jeg tid på å lese igjennom kodene og forsøke å forstå hva det var sykepleierne egentlig hadde fortalt og hva som egentlig kom frem av intervjuene. I analysearbeidet er det viktig å ha med seg problemstillingen og hensikten med oppgaven (24). Dette ble spesielt viktig for

meg i denne delen av prosessen. Ved å bevisstgjøre meg på studiens hensikt og problemstilling så jeg dataene på en ny måte. Denne delen av analysen synes jeg var den mest utfordrende og krevende. Den krevde kreativitet og ny tilstedeværelse i arbeidet. Jeg ønsket å danne nye temaer som fanget opp det sykepleierne sa, samtidig som jeg ønsket å fenge fremtidige lesere. Å skape interesse og forståelse for temaet er en viktig, men samtidig utfordrende del av å analysere (24). Dette var utfordrende, men med tiden til hjelp og innspill fra veileder klarte jeg å komme opp med nye temaer som bedre beskrev det faktiske innholdet i datamaterialet. Da dette var gjort sorterte jeg kodene på nytt, denne gangen under de nye temaene (22). Videre laget jeg en matrise som fungerte som en oversikt over hvilke hovedtemaer jeg hadde funnet fra de to intervjuene. Det viste seg at innholdet fra begge intervjuene var rimelig likt og at det gikk greit å slå sammen funnene til fire endelige temaer: *Betinget brukermedvirkning, sykepleierne mellom barken og veden, bedre dokumentasjon og kommunikasjon, mindre ansvar og kommunen – en nøkkelrolle.*

4.8 Etikk

Før iverksettelsen av studien måtte jeg anskaffe aktuelle godkjenninger og samtykker. Etter samtaler med Regional Etisk Komité (REK), både per mail og telefon, ble det klart at det ikke var aktuelt å søke godkjenning fra dem. Siden båndopptaker ble benyttet og jeg samlet inn andre personopplysninger om deltakerne var det behov for godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Denne godkjenningen fikk jeg i august 2013 (vedlegg 5). I brevet fra NSD ble det vektlagt at det var spesielt viktig at deltakerne ikke skulle snakke om enkeltpasienter på en måte som gjorde at jeg eller andre kunne gjenkjenne dem. Dette vektla jeg ved introduksjonen til hvert intervju og ingen av deltakerne fortalte om pasienter på en slik måte.

For å praktisere god forskningsetikk er det avgjørende å behandle de personopplysningene og datamaterialet man får tilgang til konfidensielt (21). Som første ledd i denne prosessen dannet jeg passord slik at PC-en som ble benyttet til studien var passordbeskyttet. Det var kun undertegnede som hadde kjennskap til passordet. Videre ble deltakernes underskrevne samtykkeerklæringer samt skjemaene for relevante personopplysninger låst ned i skap. Det var kun undertegnede som hadde nøkkel til skapet. Lydfilene fra intervjuene ble så raskt som mulig etter hvert intervju tatt med til en konsulent ved Universitetet i Bergen (UiB) og ble der lagt inn på to krypterte og

passordbeskyttede minnepinner. Frem til dette var båndopptakeren med lydfilene låst ned i tidligere nevnte skap. Den ene minnepinnen benyttet undertegnede ved transkribering av intervjuene, mens den andre beholdt konsulenten i tilfelle noe uforutsett skulle skje med den undertegnede benyttet. Min minnepinne ble låst ned i skapet når den ikke var i bruk. Så fort lydfilene var på de krypterte minnepinnene ble de slettet fra båndopptakeren. All SMS- og mailkorrespondanse med deltakerne ble slettet så fort det ikke var behov for dem lenger. Lydfilene på de krypterte minnepinnene, samtykkeerklæringer, skjemaer for relevante personopplysninger og kart med oversikt over deltakerne vil bli slettet og makulert etter eksamen.

5.0 RAMMEVERK OG TEORIGRUNNLAG

Jeg har valgt å fokusere på tre ulike teoretiske tilnærminger for å belyse funnene. Først tar jeg for meg SHR. Siden den ligger som et bakteppe for hele studien, mener jeg det er nødvendig å greie ut om denne. Det er også tatt med noe kritikk av reformen for å skape et mer nyansert bilde. Videre vektlegger jeg teori angående brukermedvirkning, hva dette er og hvordan dette er innført i vårt samfunn. Dette er gjort fordi brukermedvirkning er et sentralt begrep i studiens problemstilling. Siden eldre pasienter er den pasientgruppen studien tar utgangspunkt i, er deres medvirkning spesielt vektlagt. Til sist tar jeg for meg sykepleieres rolle og identitet. Siden sykepleiere er informanter i denne studien og funnene er basert på deres erfaringer, mener jeg det er hensiktsmessig å vektlegge deres bakgrunn for å bedre forstå funnene.

5.1 Innføringen av samhandlingsreformen

01.01.2012 trådte SHR i kraft. Reformen skisserer utfordringer for fremtidens helsevesen og har til hensikt å iverksette tiltak i forhold til disse. Tre hovedområder blir fremstilt som spesielt utfordrende: Dårlig koordinerte helsetjenester, for lite fokus på sykdomsforebygging og den demografiske utviklingen. Disse utfordringsområdene er assosiert med økte økonomiske utgifter og det er derfor viktig å iverksette tiltak. Reformen skal fungere som en retningsreform som skal være med på å peke ut retningen videre i helsepolitikken. Hovedbudskapet i reformen er at pasienter skal få *rett behandling – på rett sted - til rett tid* (4).

Fra 2012 ble også to nye lover gjeldende. Disse er *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* og *lov om folkehelsearbeid*. Førstnevnte lov regulerer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og et kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter inneliggende på sykehus. Dette er tiltak som blir iverksatt for å styrke kommunens rolle og ansvar. Folkehelseoven skal være med på å fremme folkehelsen og utligne sosiale helseforskjeller (25). Spesialisthelsetjenesten skal i større grad drive med spesialisert behandling og oppdatere seg på den medisinske utviklingen. Målet er at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal forbedres. På den måten skal man bedre utnytte helsepersonellens kompetanse, i tillegg til at man mener det vil ha økonomiske gevinster. Som en synergieffekt av dette ønsker man også å oppnå en bedre pasientbehandling (26).

Det er fremdeles tidlig å si hvor stor effekt SHR vil ha og om den vil oppfylle sine intensjoner. I Danmark innførte man en lignende reform i 2007. Der ser det ut som den har virket etter sin hensikt. Den norske SHR er utarbeidet etter den danske modellen, men siden Danmark sine kommuner i større grad har satset på forebygging og rehabilitering er det vanskelig å sammenligne seg med dem (27).

Ved innføringen av SHR fulgte det også kritikk. Noe av kritikken går ut på at den er en oppgavefordelingsreform mer enn en samhandlingsreform. Samtidig spekuleres det i om gapet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil bli større og dermed være med på å hindre den etterlengtede samhandlingen (28). Eldre og pasienter med sammensatte sykdomsbilder risikerer å falle igjennom ved en enda mer spesialisert helsetjeneste (29).

Et av hovedargumentene til SHR er at det er billigere å ha pasientene i kommunehelsetjenesten enn på sykehus. Siden kommunehelsetjenesten har måttet og fremdeles må bygge ut sitt tilbud for å ta i mot den økte pasientstrømmen, mener enkelte at det i en overgangsperiode vil være dyrere å ha pasientene i kommunen enn på sykehus (26). I tillegg blir SHR kritisert for å bruke tilslørende ord om økonomiske gevinster i stedet for å henvise til kalkyler eller utregninger som faktisk viser den eventuelle økonomiske gevinsten (28).

5.2 Brukermedvirkning

I følge pasientrettighetsloven har alle pasienter rett til å medvirke ved utførelsen av helse- og omsorgstjenester (5). Denne loven trådte i kraft i 2001 og er en del av en utvikling sett internasjonalt, men også i Norge (30). Utviklingen består i stor grad av at helsetjenester har gått fra å være behovsbaserte til rettighetsbaserte. Som et resultat har helsesektoren som tidligere hadde en paternalistisk tilnærming til pasienter, i dag ønsker og krav om å samarbeide med pasientene (31). Blant annet fremmes pasienters autonomi i dette arbeidet (32). Parallelt med dette har samfunnet forøvrig tilstrebet en individualisering. I helsevesenet har dette blant annet kommet til uttrykk gjennom pasienters rett til medvirkning i avgjørelser som blir tatt om egen helsehjelp (29). Rett til informasjon og innsynsrett i egen journal er andre eksempler, som illustrerer hvordan pasientrollen har endret seg (31). I tillegg er pasienter og pårørende i dag mer kunnskapsrike enn noen gang når det gjelder hvilke rettigheter de har (33).

Brukermedvirkning går ut på at den som mottar helsetjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse på avgjørelser som angår egen helse. Graden av deltakelse og innflytelse kan variere, men målet er at mottakeren opplever optimal medvirkning (34). Teoretisk kan man se på medvirkning som en rettighet pasienten har, et middel for å oppnå optimal behandling eller som et mål i seg selv. Pasientenes medvirkning i sin helsehjelp kan være politisk komplisert, nettopp fordi medvirkning innebærer så mange aspekter (35). For at brukermedvirkning skal bli gjennomført forutsettes det at man ikke lenger anser pasienten som kun en mottaker av tjenester. Pasienten skal derimot være en aktiv deltaker i egen behandling (30).

5.1.1 Eldre og brukermedvirkning

Graden av medvirknings- og beslutningskompetanse varierer gjennom livet. Som ung og frisk vil man kanskje kunne være med på å ta innviklede avgjørelser om egen behandling. Når man opplever alvorlig sykdom og nedsatt funksjonsevne vil kanskje avgjørelsene begrense seg til mer hverdagslige fenomener. Med bakgrunn i dette er det avgjørende at helsepersonellet klarer å avveie hver pasient sin situasjon og kapasitet til å ta avgjørelser som omhandler egen behandling. Dette kan være en utfordrende oppgave. Avgjørelser som omhandler presentasjon av informasjon, hvilke mengde og til hvem, er eksempler hvor det stilles krav til helsepersonellens evne til å sette seg inn i hver pasient sin situasjon. Spesielt utfordrende kan det bli dersom helsepersonellet mener å vite hva

som er best for pasienten. I en slik situasjon vil det være avgjørende å klare å ivareta pasientens integritet, hvis ikke kan man oppfattes som paternalistisk (32).

Eldre er i en særegen situasjon i forhold til andre pasienter når det kommer til medvirkning. Spesielt gjelder dette de sykeste og de med dårligst funksjonsevne. Denne pasientgruppen er i en fase i livet hvor mange opplever tap og nederlag, og et dårlig selvbilde er dermed vanlig. Dette i tillegg til at mange føler at de står i takknemlighetsgjeld til det offentlige for den hjelpen de får, gjør at eldre ofte ikke er de som stiller høyest krav til medvirkning. For å få fokus på deres medvirkning kreves det dermed at helsepersonell tilrettelegger og informerer tilstrekkelig, slik at de kan være med i beslutningsprosesser (36).

En som er avhengig av andre tar trolig enkelte valg med bakgrunn i hva den andre ønsker eller hva man tror den andre ønsker. En eldre pasient kan bevisst eller ubevisst bli den ”greie” og ”tålmodige” pasienten ved å tilpasse seg ulike situasjoner og de kan la det være opp til sykepleierne å ta avgjørelser. Som sykepleier til eldre pasienter kan det dermed være utfordrende å legge til rette for at de skal få en reell medbestemmelsesmulighet. At sykepleiere er bevisst dette er avgjørende for å involvere pasientene (37).

5.3 Sykepleierens rolle og identitet

Vi lever i et samfunn hvor spesialisert kunnskap blir verdsatt. Ulike profesjoner er avhengige av hverandre for å kunne tilby pasienter et fullkommet helsetilbud (38). Økt kunnskap i samfunnet generelt gjør at pasienter ofte har stor kjennskap til egen sykdom. Vik (33) vektlegger at å arbeide som helsepersonell i dag er ganske annerledes fra tidligere. Disse yrkesgruppene har måttet omdefinere rollene sine fra dominerende til likeverdige i samarbeidsrelasjonen mellom dem og pasientene. Dette innebærer at helsepersonell i dag har mindre makt over pasientene enn tidligere. I et demokratisk samfunn med verdsett som fremmer medvirkning kan dette sees på som en positiv utvikling. Samtidig innebærer dette et rolleskifte og denne situasjonen kan sees på som et tap av faglig ekspertise for helsepersonell.

Roller til en sykepleier i dag er ganske annerledes enn tidligere. Berg (39) beskriver at sykepleiernes rolle opprinnelig gikk ut på å utføre husarbeid og omsorg. Gradvis endret denne rollen seg og pleien ble hovedfokuset. Videre var sykepleie for mange et kall som

ofte ble forbundet med religiøse gjerninger. Sykepleierpioneren Rikke Nissen var blant andre en forkjemper for denne tilnærmingen til faget. Et altruistisk tankesett skulle legge grunnlaget for sykepleieutøvelsen. Utover 1900-tallet og spesielt i 1970-årene oppsto det en forandring i sykepleiefaget. Pleien måtte i økende grad vike for den medisinske tradisjonen med sykdomsrettet undersøkelse og behandling. Parallelt med dette ble det derfor viktigere å definere sykepleiefaget. Prosedyretenkning, med avgrensede og målrettede arbeidsoppgaver, ble innført blant annet for å gjøre dette. Denne utviklingen skapte debatt og sykepleieren Kari Martinsen var en av skeptikerne (39). Prosedyrer og retningslinjer er fremdeles fremtredende til tross for dette (40). Rollen til sykepleiere blir i dag i stor grad påvirket av politiske føringer og ytre rammer. Berg (39) argumenterer for at profesjoner som sykepleie er i oppløsning som et resultat av utviklingen i helsevesenet. Ferdig utarbeidede retningslinjer og prosedyrer gjør at det faglige skjønnet og kunnskapen står i fare for å gå tapt.

Til forskjell fra roller er ikke identitet noe man blir tildelt. Heggen (41) understreker at som profesjonell må man kunne identifisere seg med et yrkesfelt og seg selv som profesjonell yrkesutøver i dette feltet. Profesjonell identitet kan forstås som en oppfatning av *meg* i rollen som for eksempel sykepleier. Identiteten innebærer en oppfatning om et sett egenskaper, verdier, holdninger, retningslinjer og ferdigheter som forbindes med denne profesjonen. Enhver person har med seg en ballast fra sitt private liv som ligger til grunn når man utvikler sin profesjonelle identitet. Overgangen fra personlig til profesjonell identitet er glidende og vanskelig å skille fra hverandre (41).

Sykepleiens fagidentitet bygger i stor grad på europeisk hospitalhistorie hvor det å fremme pleie og omsorg blir sett på som et selvstendig ansvars- og kunnskapsområde. Ulike profesjoner kan utøve omsorg, men sykepleiere er forpliktet til å utøve faglig forsvarlig forebyggende, helsefremmende, rehabiliterende og ivaretagende pleie- og omsorg. I SHR beskrives få profesjoner ved navn, men heller ved ”kamouflerende” benevninger som helsepersonell. Enkelte kritiserer denne språkbruken fordi man mener at dette kan være med på å vaske ut sykepleieres identitet og flere århundres tradisjoner (8).

6.0 FUNN

Analysen resulterte i fire hovedtemaer hvor tre av dem er relatert til sykepleiernes erfaringer og det siste i større grad omhandler praktiske forandringer etter innføringen av SHR.

Første tema har fått betegnelsen *betinget brukermedvirkning*. Dette temaet omhandler at pasientene i noen tilfeller har reell brukermedvirkning, som for eksempel ved praktiske avgjørelser. Samtidig opplever sykepleierne, til tross for intensjoner om å la pasientene medvirke, at dette kan være vanskelig å tilrettelegge for. Kommunens ansvar for videre oppfølging etter sykehusoppholdet og retningslinjer som gir tidsbegrensninger gjør at det er vanskelig å involvere pasientene.

Det andre temaet: *Sykepleierne mellom barken og veden* har følgende to undertemaer: *Skvis mellom pårørende og pasienten* og *skvis mellom muligheter og ønsker*. Det første undertemaet omhandler hvordan sykepleierne til tider opplever å være en mellommann mellom pasienten og dens pårørende. Situasjoner hvor disse partene har ulike ønsker og forventninger kan være utfordrende for sykepleierne. Det andre undertemaet omhandler hvordan sykepleierne opplever situasjoner hvor pasienter ikke får den videre oppfølgingen som de ønsker og som sykepleierne mener pasienten har behov for.

Det tredje temaet har fått betegnelsen *bedre dokumentasjon og kommunikasjon, mindre ansvar*. Etter at SHR trådte i kraft er det innført nytt kommunikasjons- og dokumentasjonssystem på sykehuset som informantene arbeider ved. Dette systemet gjør at sykepleierne nå kan ha hyppigere og mer oversiktlig kommunikasjon med kommunehelsetjenesten. På grunn av kommunens økende ansvar relatert til utskrivningsklare pasienter, opplevde informantene et mindre ansvar.

Betegnelsen på det fjerde og siste temaet er *kommunen – en nøkkelrolle*. Det omhandler kommunens styrkede rolle ved utskriving av pasienter, etter innføringen av SHR. Sykepleierne fortalte om praktiske forandringer, som at kommunene har måttet ruste opp både lokaler og personale. Kommunene tar i større grad avgjørelser i utskrivelsesarbeidet og de må betale for utskrivningsklare pasienter som de ikke har tilbud til.

7.0 HELSEPOLITISKE FORUTSETNINGER FOR AT SYKEPLEIERE SKAL KUNNE VEKTLEGGJE BRUKERPERSPEKTIVET

I artikkelen diskuteres funnene fra denne studien, med spesielt fokus på brukermedvirkning og sykepleiernes rolle i dette arbeidet. I det følgende drøftes hvilke politiske føringer som ligger til grunn for at sykepleierne skal kunne vektlegge brukerperspektivet. Spesielt blir elementer fra SHR og brukerrettighetspolitikk adressert. Med bakgrunn i funn fra studien belyses det eventuelle følger som har eller kan oppstå i kjølevannet av de helsepolitiske føringene. Dette er gjort for å gi et innblikk i den konteksten studiens utfordringer oppstår i. Det er ikke helsearbeidere generelt, men sykepleiere spesielt som blir omtalt i det følgende.

Slik de politiske forutsetningene er i dag blir helsesektoren i økende grad standardisert. Prosedyrer og bruksanvisninger blir utarbeidet og forventet etterfulgt (13, 40). Den medisinske kunnskapen blir omgjort til retningslinjer som skal øke kostnadseffektiviteten (13). Parallelt med dette fremmes individets rett til medbestemmelse og rettigheter (30). På mange måter er dette et paradoks. Siden et standardisert helsevesen mangler den fleksibiliteten som trengs for individuell tilpassing, kan dette bli vanskelig (33).

Økt byråkrati og innføringen av prosedyrer begrunnes med at det er kvalitetssikring. I virkeligheten opplever sykepleiere at nettopp slike oppgaver gjør at de mister pasientkontakten og muligheten til å ivareta den enkelte pasients behov (42). Enkelte av sykepleierne fortalte om opplevelser av å ha mindre pasientkontakt etter innføringen av SHR. Det som i utgangspunktet ble innført for å heve kvaliteten kan i realiteten vise seg å føre til det motsatte. Et standardisert helsevesen måler kvalitet basert på kvantitative tilnærminger (42). For enkelte variabler kan dette være korrekt, men siden omsorg er individbasert kan det være vanskelig å måle dette ved hjelp av standardiserte måler (36). I dette arbeidet er det viktig å huske at det er pasienten selv som er ekspert på eget liv og opplevelsen av sykdommen (33). Samtidig er det verdt å merke seg at den ene tilnærmingen ikke nødvendigvis utelukker den andre. Regler og standardiserte styringssystem kan ha sine fordeler. Direkte instruksjoner kan gi sikkerhet til pasientene. Et illustrerende eksempel på dette er prosedyrer ved medisinerings. Instruksjoner om hvordan man skal gi pasienter trygghet og god livskvalitet er derimot vanskeligere å danne, da forutsetningene for å oppleve dette er individuelle (36).

Sykepleierne i denne studien fortalte om situasjoner hvor standardisering la grunnlag for å hindre brukermedvirkning. Et eksempel på dette var saksgangen ved utskrivelse av pasienter til institusjoner. Erfaringen deres var at avgjørelser om videre oppfølging ble tatt på grunnlag av ledige plasser og lignende, og ikke på grunnlag av pasientenes egne ønsker. De fortalte at de dermed brukte lite tid på å kartlegge pasientenes ønsker i utskrivelsesprosessen. På denne måten hadde politiske føringer og standardiserte prosedyrer tatt over pasientenes mulighet til medvirkning. Med standardisering kan man risikere tap av faglig kompetanse og skjønn (25), slik eksempelet illustrerer.

Med SHR ønsket man å ytterligere spesialisere spesialisthelsetjenesten. Noen mener dette kan være med på å øke forskjellene til kommunehelsetjenesten, og dermed virke mot sin hensikt (28). Et av hovedbudskapene i SHR er å legge helhet og samhandling til grunn for helsetjenesten. Dette kan bli vanskeligere i et spesialisert helsevesen og særlig utfordrende når man skal tilrettelegge for eldre og de som har behov for flere deler av helsetjenesten (29). Siden eldre og andre med sammensatte sykdomsbilder er hyppige brukere av både spesialist- og kommunehelsetjenesten (4), kan man tenke at samhandling for å tilrettelegge for disse pasientgruppene kan bli enda vanskeligere (29). Altså vil deres mulighet til medvirkning kunne bli hemmet i et slikt spesialisert system. Oppbyggingen av helsevesenet er på mange måter ikke tilrettelagt for eldre, til tross for at de er av de største pasientgruppene (1). Studier viser at eldre pasienter ikke passer inn i det raske tempoet som er på de fleste sykehus i dag (7, 43). Paradoksalt nok finnes det få avdelinger som er tilrettelagt for eldre (7).

Store deler av den politiske utviklingen legitimeres med økonomiske argumenter. New Public Management (NPM) har de siste tiårene vært gjeldende i helsesektoren, og har et tydelig økonomisk tankesett. Ønsket om å skape markedslignende mekanismer i helsevesenet ligger til grunn for denne styringsmåten. Den medisinske utviklingen viser til fremskritt som bedre behandlingstilbud og økt levealder. Parallelt med dette opplever vi nå å ha flere av de økonomisk ”kostbare” pasientene, slik som eldre og kronisk syke (29). Det økte fokuset på økonomi har lagt press på sykehusene (2, 15). Med SHR ønsket man blant annet å korte ned sykehusoppholdene. Dette har man klart, men samtidig er pasientene som skrives ut sykere en tidligere (9, 15), hvilket sykepleierne i studien også understrekte. Å ha en god utskrivelsesprosess er avgjørende for å

forebygge reinnleggelser (2, 9). Siden mange eldre pasienter ønsker å medvirke (7), kan man tenke at å vektlegge brukerperspektivet i denne prosessen kan være økonomisk vinnende ved å eventuelt kunne forebygge reinnleggelser. Samtidig kommer rettighetstrenden i konflikt med den økonomiske tenkemåten. Enkelte mener at SHR vanskelig kan kombineres med rettighetslovgivningen og at dette ikke ble vektlagt i utredelsesarbeidet. Besværlighetene oppstår når aktørene i helsevesenet skal vektlegge billige løsninger og samtidig ivareta pasientenes rettigheter (31).

Helsepolitiske føringer om brukerrettigheter skaper en forventning fra pasientene om at de skal få være med å ta avgjørelser og at deres helsetilbud vil bli tilpasset dem (35, 44). I denne studien kom det frem at sykepleierne forsøkte å legge til rette for at pasientene kunne ta praktiske avgjørelser som valg av transport og lignende. Men som vist med eksemplene ovenfor legger politikken samtidig føringer som kan gjøre medvirkning vanskelig. Man kan derfor tenke seg at pasientene kan oppleve en følelse av å bli skuffet når de ikke får ønskene sine oppfylt. Dette fordi de blir presentert for en mulighet for medvirkning som de i praksis kanskje ikke får. Prosedyrer og retningslinjer som i utgangspunktet er laget for å sikre kvaliteten på pleien kan i realiteten være med på å gjøre det motsatte. Engebretsen og Heggen (42) argumenterer for at vi med de nye kvalitetssikringsregimene gir pasientene en falsk trygghet når vi ikke kan oppfylle deres forventninger. Pasienter er mennesker i en allerede vanskelig situasjon (9), ønsker vi å gi dem enda en skuffelse?

Som et ledd i standardiseringen har SHR vært med på å innføre ulike prosedyrer ved utreiseplanlegging, men den har blitt kritisert for å omtale få profesjoner ved navn (8). Man kan tenke seg at dette også kan være med på å minske den profesjonelle identiteten til for eksempel sykepleiere, og være med på å hindre deres profesjonsutøvelse. Utydeliggjøring av profesjonene på denne måten kan gi uheldige konsekvenser fordi det blir vanskelig å identifisere ansvarsområder. Å ha en tydelig profesjonell identitet og rolle gir også et tydeligere ansvar (8). Sykepleierne er den helsepersonellgruppen som tilbringer mest tid med pasientene og er dermed sentrale når det gjelder å tilrettelegge for at pasientene skal få medvirke (44). Som ansatt i helsevesenet er sykepleieren dens representant og politiske føringer ligger til grunn for deres arbeid. Dette vektlegger Berg (39) i sin artikkel om sykepleiernes identitet. Her kommer det frem at sykepleieres arbeid i dag i stor grad blir styrt av ytre rammer og at disse legger forutsetningene for

hvilke jobb sykepleiere kan gjøre. Funnene i denne studien viser dette i praksis. Sykepleierne erfarte blant annet situasjoner hvor pasienter måtte reise hjem i påvente av korttidsplass eller reise til et korttidsopphold på kort varsel når de var ferdigmeldte. For at sykepleiere skal ha mulighet til å tilrettelegge for medvirkning, må de selv ha en følelse av autonomi. Frihet til å ta avgjørelser og å ha ulike valgmuligheter er faktorer som spiller inn for følelsen av autonomi (44). Sykepleiere bruker seg selv som redskap i møte med pasienten og sykepleiernes eget følelsesliv spiller inn i interaksjonen med pasientene (45). Standardiseringen som i dag preger helsevesenet kan være med på å hindre den enkelte arbeiders mulighet til å ta valg (40), og dermed sykepleierens følelse av faglig autonomi. På denne måten kan man tenke seg at de helsepolitiske forutsetningene sykepleierne jobber under kan være med på å hemme fremfor å fremme pasienters medvirkning. Det er også viktig å poengtere at ikke alle pasienter ønsker å medvirke. Noen ønsker at leger eller sykepleiere skal ta avgjørelser siden de er de profesjonelle. Dette sees blant annet i palliativ omsorg. Sykepleiere må derfor kartlegge hvor viktig involvering er for hver pasient (44).

8.0 METODEREFLEKSJON

Jeg ønsker å utdype hva jeg har opplevd som vellykket og hva som kunne vært forbedret i denne studien. Ved oppstart var jeg tydelig på at jeg ønsket å gjøre en så grundig jobb som mulig. Jeg har derfor underveis forsøkt å gå detaljert til verks i alle deler av prosessen og vært bevisst valg som har blitt tatt og eventuelle utfall av dette. Det har oppstått enkelte uforutsette hendelser underveis, men jeg håper de ikke har trukket studien ned så lenge jeg er dem bevisst. Uansett mener jeg arbeidet med denne oppgaven har gitt meg lærdom om kvalitativ metode generelt, og fokusgruppeintervju spesielt.

Forforståelse er den bakgrunnen og kunnskapen om temaet man tar med seg inn i prosjektet (46). I bakgrunnen skrev jeg om mitt grunnlag for valg av tema for oppgaven og hvordan ideen har utviklet seg. Dette var bakgrunnen for min forforståelse da jeg startet studien. Jeg har under hele prosjektet forsøkt å være bevisst forforståelsen min og skrev ned hvilke tanker jeg hadde om temaene før prosjektstart. På den måten kan jeg nå gå tilbake og se hvilke tanker jeg hadde om temaene før de ble farget av utviklingen til prosjektet.

Før intervjuene gjennomgikk jeg spørsmålene og intervjuet en sykepleierkollega med utgangspunkt i intervjuguiden. Dette anbefales for å bli kjent med rollen som moderator, utprøve intervjuguiden og øve på bruk av det tekniske utstyret (19). Siden jeg kun intervjuet en person klarte jeg ikke å gjenskape dynamikken som oppstår i et gruppeintervju, men siden intervjuobjektet var sykepleier svarte hun adekvat på spørsmålene. Denne erfaringen gjorde at jeg ble bevisst mine spørsmålsformuleringer og hvordan spørsmålene ble forstått av utenforstående.

Det er ulike meninger om hvor mange informanter som bør delta i en fokusgruppe (19-21). Siden dette var første gang jeg skulle arrangere og moderere fokusgrupper ønsket jeg ikke å ha for mange deltakere i hver gruppe. I slike tilfeller argumenterer Krueger og Casey (19) for at fire til seks deltakere i hver gruppe kan være hensiktsmessig. Etter arbeidet med rekrutteringen, avtale av tidspunkt og frafall viste det seg at det ble fire deltakere i hver gruppe. Ideelt sett kunne jeg hatt flere fokusgrupper og flere deltakere i hver gruppe. Med dette sagt så tilstrebet jeg flere deltakere, men på grunn av tidsrammen var det ikke mulig å fortsette rekrutteringen.

De to gruppene fremsto som relativt homogene med tanke på erfaringene deres. Det har derfor ikke vært aktuelt å utdype eventuelle forskjeller mellom de to gruppene. Den ene forskjellen som utpekte seg var at de kirurgiske sykepleierne hadde erfaringer fra pasienter med elektive innleggelser. Disse pasientene hadde ofte gjort seg opp en mening om tiden etter sykehusoppholdet allerede før innleggelsen. Dette var ikke noe de medisinske sykepleierne opplevde i samme grad.

Selve utføringen av intervjuene opplevde jeg som utfordrende. Siden jeg gjennom arbeid og studier er vant til å diskutere temaer med kollegaer og medstudenter var det krevende å innta rollen som forsker. Å ikke skulle delta i diskusjonen, men heller være observatør og moderator var en ny funksjon for meg. Jeg tror ikke deltakerne merket seg dette, og jeg mener det var god interaksjon mellom deltakerne under begge intervjuene. En av ulempene med fokusgruppeintervju er at deltakerne kan føle seg ukomfortable i gruppesituasjonen og dermed ikke uttrykke meningene sine (21). Slik jeg oppfattet det var ikke dette tilfellet i de to intervjuene. Alle åtte deltakere delte sine erfaringer og samtalen gikk uanstrengt.

Dersom jeg skulle utført flere fokusgrupper ville jeg vært tydeligere i spørsmålsformuleringene relatert til innføringen av SHR. I den andre fokusgruppen oppsto det en situasjon hvor deltakerne snakket om det jeg trodde var innføringen av reformen, men det viste seg at de snakket om innføringen av et nytt elektronisk dokumentasjonssystem. Heldigvis ble dette oppdaget og rettet opp i, men likevel var dette en misforståelse som kunne vært unngått.

I ettertid ser jeg også at jeg kunne hatt enda flere kriterier for deltakelse i studien. Et kriterie jeg kunne vurdert var å ekskludere sykepleiere i nattevaktstillinger. Dette fordi nattevakter ikke i like stor grad arbeider med utreiseplanlegging. En av deltakerne hadde jobbet sitt første år som nattevakt. Dette gjorde at hun ikke hadde like mye erfaring som de andre når det gjaldt hvordan man planla utskrivelser før SHR ble innført. En annen deltaker hadde jobbet en del nattevakter i den siste tiden og hadde dermed ikke like mye erfaring med utreiseplanlegging etter det nye elektroniske dokumentasjonssystemet kom. Et annet kriterie jeg kunne vurdert var at deltakerne måtte ha arbeidet lenger enn to år ved avdelingen. Dette kunne vært aktuelt fordi et par av deltakerne hadde akkurat arbeidet der i to år og husket dermed ikke mye av tiden før SHR. På en annen side ville det kanskje vært ugunstig å sette flere kriterier. Siden jeg hadde problemer med å få nok deltakere som det var, ville jeg risikert å få enda færre informanter om jeg hadde flere kriterier.

Det kan være nærliggende å tenke at deltakernes unge alder (Tabell I, s.16) er en svakhet ved utvalget. Samtidig vet man at de yngre sykepleierne i stor grad arbeider på sykehus (39). Man kan derfor forstå at et ungt utvalg er naturlig. Som vist i Tabell I (s. 16) var det kun en av sykepleierne som hadde arbeidet som sykepleier i fem år eller mer. De andre hadde dermed relativt lite erfaring. Ideelt sett skulle kanskje deltakerne hatt mer erfaring, siden de da hadde hatt større erfaringsgrunnlag fra før innføringen av SHR. Men igjen er jeg redd for at antall deltakere hadde sunket om jeg hadde satt flere kriterier. I tillegg mener jeg at deltakerne gjenspeiler alderen og dermed erfaringene til sykepleiere på sykehus i dag og dette gjør utvalget relevant.

Hvorvidt studiens funn er gjeldende utover studiens utvalg betegnes som overførbarhet (21). Man vil kanskje mene at siden denne studien har få grupper og informanter vil

overførbarheten være liten. Men samtidig sier Malterud (20) at man sjelden ser at overførbarheten øker ved større fokusgruppestudier. Det er vanskelig å si om funnene er overførbare til sykepleiere på andre sykehus, men det er ikke umulig å tenke at noen har lignende erfaringer og at funnene dermed har en gjenkjennelsesverdi.

Overføringsverdien blir også hevet av at deltakerne er relevante i forhold til problemstillingen (20). Siden samtlige av deltakerne i denne studien hadde erfaringer relatert til problemstilling og tema, mener jeg dette styrker overførbarheten til studien.

Kort tid etter hvert intervju laget jeg et kart med navnene til alle deltakerne ved å tegne opp bordet vi satt rundt. Dette gjorde jeg for å kunne gjengi intervjusituasjonen ved en senere anledning, dersom dette skulle bli nødvendig. Om analysen skulle kreve informasjon om den non-verbale kommunikasjonen eller interaksjonen mellom deltakerne, mente jeg dette kartet ville være avgjørende. At det var jeg som modererte begge intervjuene, transkriberte og analyserte dem opplever jeg som positivt. Dette vektlegger også Knodel (22). Prosessen ble med dette mer helhetlig og det var mindre sannsynlig å miste informasjon underveis.

Gjennom prosjektet har jeg fortløpende underveis skrevet logg slik Malterud (20) anbefaler. Denne har gitt meg mulighet til å gjenoppleve valg jeg har tatt underveis. I tillegg var det godt å ha et sted hvor jeg usensurert kunne skrive ned tanker og erfaringer underveis i prosessen. Under hele prosjektet har veilederen min vært aktivt deltakende. Med sin erfaring med fokusgruppeintervju har veiledningene vært avgjørende for oppbyggingen og utføringen av prosjektet.

9.0 AVSLUTNING MED IMPLIKASJONER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Funnene fra denne studien indikerer at til tross for sykepleiernes ønsker om å involvere pasienter kan det av ulike årsaker være vanskelig å gjennomføre i praksis.

Helsepolitikken legger føringer for hvordan sykepleiere skal kunne vektlegge brukerperspektivet i sitt arbeid. Utviklingen i helsevesenet har vist at standardisering, spesialisering og et økonomisk fokus kan være med på å utfordre pasientenes mulighet til å medvirke. I deres arbeid med å utskrive eldre pasienter til kommunehelsetjenesten erfarte sykepleierne å føle seg i en skvis mellom pasienter, pårørende, sykehuset og de

politiske føringene. Siden brukermedvirkning kan være vanskelig å gjennomføre i praksis er det mulig det økte fokuset på brukerrettigheter er med på å gi pasienter en falsk trygghet.

Til tross for at kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle i utskrivningen av pasienter kom det frem fra fokusgruppene at mange kommuner lider av ressursmangler. Dette utspilte seg blant annet gjennom få sykehjemsplasser og reinnleggelser. Sykepleiernes ønsker for den fremtidige helsetjenesten var å ruste opp både institusjonsplasser og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Funnene i denne studien kan være med på å belyse kompleksiteten som oppstår når pasienter og helsearbeidere skal arbeide sammen. Noe som kan bidra til en bevisstgjøring for sykepleiere som er involvert i utskrivelsesprosessen.

Det fremstår som relevant å fortsette forskning relatert til SHR, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I et samfunn som fremmer samhandling både mellom pasienter og helsearbeidere og innad i helsesektoren trengs det fremdeles forskning som utforsker de ulike aspektene ved samhandling (29).

REFERANSER

1. Romøren TI. Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Hølen Ranhoff A, red. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk AS; 2008. s. 29-37.
2. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. ANR. 2007;20(2):72-7.
3. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning. 2010;5(1):36-43.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: 2009.
5. Pasient -og brukerrettighetsloven. 2001. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Av 1999-07-02-63. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> - KAPITTEL_3.
6. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 2011, Oslo. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
7. Ekdahl AW, Linderholm M, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M. 'Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?' A qualitative observational study. BMJ Open. 2012;2(6).
8. Clancy A, Kjølsvrud ES. Det er umulig å være profesjonsnøytral. Sykepleien. 2011;99(05):48-9.
9. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. BMJ Qual Saf. 2012;21(12):39-49.

10. Huby G, Stewart J, Tierney A, Rogers W. Planning older people's discharge from acute hospital care: Linking risk management and patient participation in decision-making. *Health Risk Soc.* 2004;6(2):115-32.
11. Tutton EM. Patient participation on a ward for frail older people. *J Adv Nurs.* 2005;50(2):143-52.
12. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin. Proc.* 2010;85(1):53-62.
13. Solbjør M, Steinsbekk A. User involvement in hospital wards: Professionals negotiating user knowledge. A qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2011;85(2):144-9.
14. Chin-Yen H, Barnard A, Chapman H. Emergency department nurses' understanding and experience of implementing discharge planning. *J Adv Nurs.* 2009;65(6):1283-92.
15. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs.* 2009;18(18):2539-46.
16. Otterstad HK, Birkestrand T. Færre overliggere i sykehus. *Sykepleien.* 2014;102(2):49-51.
17. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo: NOVA, 2013.
18. Bloch Helmers A-K. Skal forske på samhandling. NSF [Elektronisk artikkel]. 2013 feb [hentet 2013-09-09]. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/nyhet/1133699/skal-forske-pa-samhandling>

19. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4. utg. Los Angeles, Calif: Sage; 2009. 219 s. 17-33, 63-81, 85-106, 113-128.
20. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. 164 s. 18-23, 29-35, 37-46, 57-59, 68-79, 131-134.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012. 802 s. 532-556.
22. Knodel J. The Design and Analysis of Focus Group Studies. I: Morgan DL, red. Successful focus groups: Advancing the state of the art. Newbury Park, Calif: Sage; 1993. s. 35-50.
23. Statistisk sentralbyrå [internett]. Personer med helse- og sosialfaglig utdanning, etter kjønn og alder. 2012. [hentet 2014-04-02]. Tilgjengelig fra:
<https://http://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=HelseSosfag&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=arbeid-og-lonn&KortNavnWeb=hesospers&StatVariant=&checked=true>.
24. Krueger RA. Focus groups: A practical guide for applied research. 2. utg. Thousand Oaks, Calif: Sage; 1994. 255 s. 126-140.
25. Alvsvåg H. Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker? I: Bergland Å, Alvsvåg H, Martinsen K, Førland O, red. Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013. s. 347-365.
26. Veggeland N. Samhandlingsreformen -en bærekraftig reform? I: Veggeland N, red. Reformen i norsk helsevesen: Veier videre. Trondheim: Akademika forlag; 2013. s. 81-107.
27. Otterstad HK. Dansk samhandling. Sykepleien. 2013;101(12):53-5.

28. Romøren TI. Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform. Nordisk sygeplejeforskning. 2011;1(1):82-8.
29. Hagen R, Johansen E. Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I: Melby L, Tjora AH, red. Samhandling for helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013. s. 31-52.
30. Høybråten Sigstad HM. Brukermedvirkning -alibi eller realitet? Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(1):63-4.
31. Heløe LA. Ambivalent samhandlingsreform. Nytt norsk tidsskrift. 2011;28(4):405-14.
32. Brinchmann BS, (red.). De fire prinsippers etikk. -Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 81-96.
33. Vik LJ. Makt og myndiggjering -Utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I: Heggen K, Ekeland T-J, red. Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. s. 83-100.
34. Hanssen H, Humerfelt K, Kjellevoid A, Norheim A, Sommerseth R. Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I: Hanssen H, red. Faglig skjønn og brukermidvirkning. Bergen: Fagbokforlaget; 2010. s. 21-46.
35. Rønning R, Solheim LJ. Hjelp på egne premisser? Om brukermidvirkning i velferdssektoren. Oslo: Universitetsforlaget; 1998. 181 s. 21-39.
36. Elster E. Eldre og midvirkning. Også eldre har sko som trykker. Oslo: Kommuneforlaget; 2001. 114 s. 49-93.
37. Bondevik M. Sykepleie til eldre. -Grunnleggende prinsipper. I: Nygaard HA, Bondevik M, red. Tverrfaglig geriatri. En innføring. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2012. s. 143-153.

38. Thornquist E. Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009. 390 s. 149-175.
39. Berg O. På leting etter identitet. Sykepleien. 2012;100(10):78-87.
40. Søraunet Wangberg I. Spår kortere helseutdanninger. Klassekampen. 2012;227(44):10-1.
41. Heggen K. Profesjon og identitet. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 321-333.
42. Engebretsen E, Heggen K. Kjære Jonas Gahr Støre. Morgenbladet. 2012;193(38):19.
43. Foss C. Elders and patient participation revisited - A discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. J Clin Nurs. 2011;20(13-14):2014-22.
44. Hewitt-Taylor J. Issues involved in promoting patient autonomy in health care. Br J Nurs. 2003;12(22):1323-30.
45. Sommerseth R. Et faglig rom for skjønn. Emosjoner, empatisk forståelse og refleksjoner. I: Hanssen H, red. Faglig skjønn og brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget; 2010. s. 79-99.
46. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 238 s. 43-52.

Del 2: ARTIKKEL

Nurses' experiences with involving elderly patients in the
discharge from hospital to municipal health care

Grete Eriksen

Article for Scandinavian Journal of Caring Sciences
Master in Health Sciences - Nursing
Department of Global Public Health and Primary Care
University of Bergen
Spring 2014

Words: 4 977

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to describe how hospital-employed nurses experience elderly patients participation when being discharged to a municipal health care service. Nurses' experience regarding this topic after the introduction of the coordination reform (CRF) was especially emphasized.

Design: A qualitative design using focus groups were chosen.

Method: Two focus groups with a total of eight nurses participating were conducted. The conversations were recorded and transcribed. To analyse and interpret the data a method made by Knodel was used.

Findings: Four topics emerged: *Conditional patient participation, stuck between a rock and a hard place*, with the subtopics: *Stuck between patients and relatives* and *stuck between ambitions and opportunity*. The last two were called: *Better documentation and communication –less responsibility* and *the municipality has a key role*.

Conclusion: Even though the nurses in this study wanted to let patients participate, this could be challenging. Lack of resources, time limitations and standardized guidelines were factors that made participation demanding. Despite this the nurses expressed a positive impression of the CRF.

Ethical issues and approval: Information about the informants was kept protected. Norsk Samfunnsvitenskapelig Database (NSD) approved the study.

Practical implications: Knowledge about nurses' experiences regarding elderly patients involvement when being discharged, could be useful when improving the discharge of elderly.

Study limitations: Only four participants in each focus group. Due to time limitations it was not possible to continue the recruitment.

Keywords: Patient participation, hospital discharge, nurses experience, user involvement, the coordination reform and elderly.

INTRODUCTION

Planning patients' discharge from hospital to municipal health care is a common task for nurses, but it can be a challenging process. Lack of guidelines has occasionally made this work inconsequential depending on the involvement of each nurse (1). Time limitations and having to prioritize acute situations often make the discharge planning hurriedly (2).

Shorter hospital stays is now emphasized in many countries. Because of increasing demands of post-discharge care, nurses in hospitals need management skills (2, 3). The health care system in Norway has been criticized for being fragmented. Poor coordination between departments makes it difficult to have a holistic approach when discharging patients. In January 2012 Norway introduced the coordination reform (CRF). The government acknowledged that improvements were necessary to meet future challenges. The aim of the reform was to give patients *proper treatment, at the right place and the right time*. A better coordination of the health care service and improvement regarding discharges from hospital to municipalities were some of the measures. Municipals were to have more responsibility so the hospitals could focus on their specialized assignments. New guidelines and procedures regarding hospital discharge are outlined in the CRF (4).

The numbers of elderly are increasing in Norway. Medical development has given us the opportunity to live healthier and longer, but at the same time some elders experience complex illnesses (4). About half of patients admitted to hospitals are elderly. They are the majority of patients being discharged from hospitals to municipal health care, and the biggest consumers of health care services in the municipals (5).

There has been an increased focus on making patients participate over the last years. It is both a legally stated right (6) and an ethical guideline for nurses (7). The CRF emphasizes patient participation and one of its intentions is to facilitate for this to be conducted (4).

To be involved is particularly important for patients who have frequent and prolonged contact with the health care system (8). Since elderly is such a group, it's natural to think they would want to influence their health care. Despite this, elderly patients are

not participating as much as one could wish. Research has concluded that nurses often focus on discharging patients, but they spent little time involving them. Decisions regarding patients' discharge are also often postponed and discussed in a veiled manner (9, 10). Factors such as sufficient time, clear policies and professional commitment have been found to be important in making discharge planning manageable (11). Nurses are under pressure of "freeing beds", and in this effective work elderly patients with their complex needs are not followed up in a satisfactory way (9).

How much health care workers facilitate for patients to participate is crucial for their involvement (2). Aspects such as personal or professional beliefs, time limitations, diagnosis and a desire to maintain control is crucial when health care workers consider involving patients (12). Research supports that patients' perspectives are important for a successful discharge (13). Despite this, it has been established that health care workers often value professional knowledge over user knowledge (14).

Studies have concluded that optimal discharge planning includes involving patients and their family, opening a line of communication with them and planning should start well before discharge (15). Older patients seldom make decisions about their health care without consulting with their relatives so involving them could be a key-point to improve their discharge (16). Despite the fact that this process can be improved it has been established that most nurses are flexible in their work and this combined with their professional judgment make most discharges satisfying (1). Based on their experiences nurses continuously evaluate patients' need for post-discharge care (3).

The process of patients and professionals working together could be complex and there is still need for knowledge about this subject (17). A broader understanding of health care providers attitudes regarding communication with patients are needed (2) and further establishments of what determines successful patient participation is necessary (12). Now that the CRF has been functioning for some time it would be beneficial to explore what impact it has had. The aim of this study was to describe how nurses working in hospitals experience elderly patients participation when being discharged to a municipal health care service. Nurses' experience regarding this topic after the introduction of the CRF was especially emphasized.

Patient participation

There have been ideological changes in the community over the past years, which promote an industrial approach to health care involving standardization. Patient participation is one example of how this has been conducted in practice. Many patients today want to participate and will not be considered as passive bystanders. With patient participation it is also expected that the patients take some responsibility for their own treatment (18).

To have a real patient participation a two-way communication between professionals and patients is required. This gives both parties equal opportunity to promote their opinions. This is sometimes difficult to conduct in practice. One reason for this is that one can experience a one-way communication between health care workers and patients. I.e. there is a discrepancy between the two regarding the power in their communication. This can prevent actual patient participation. Often health care workers are the one controlling the situation. For them to be equal participants and for the patients to have a real possibility to participate this must be recognized (18).

Political provisions regarding bureaucracy, economy and guidelines can also have an impact on professionals' possibility to involve patients (18).

Ethical issues regarding patient participation

The health care system is becoming more industrialized and standardized. Tasks are fragmented and conducted according to a manual, leaving little room for professional judgment and flexibility. What is best for each patient could be neglected in the work of following procedures (19).

Involving patients is different than involving other users in making decisions. In health care related issues, decisions can be crucial for patients' further health and sometimes have fatal consequences. One could risk having the wishes of each patient on one side and the health care workers desire to save life on the other. Being in situations like this can be challenging. Health care workers are not only supposed to help patients and facilitate for their opinions to be fulfilled, but they are also required to exercise health care politics. This can give them little opportunity to involve patients because of budgets, guidelines and other political provisions. This work can be time consuming

(18). Being the link between patients and the health care system can be difficult (1).

The benefits of patient participation are often emphasized. To get a more nuanced view, it is essential to demonstrate that this concept also makes health care workers face ethical challenging situations (20).

METHOD

Design

This study had a qualitative approach. Two focus groups with participants from surgical wards in one group and participants from medical wards in the other group were conducted. This was done to secure homogeneity in each group. The purpose of this study was to investigate nurses' experience regarding discharge of elderly patients from hospitals to municipals. The dynamics in a focus group can be beneficial in situations like this and they can give researchers unique knowledge (21).

Participants

There were four female participants in each group. Their ages were 26 – 55 in the first group and 26 – 31 in the second group.

Participants included had to be a registered nurse and been working at the same ward minimum for the last two years. In this way the participants had been working there before and after the introduction of the CRF. To avoid unbalance in the groups nurses with leading positions were excluded from the study.

Data collection

The interviews were conducted at the nurses' workplace and were performed with a moderator and a co-moderator. An interview guide with these main subjects was used: *User involvement, introduction of the CRF, ethical issues, challenges and preparation related to the CRF.*

Ethical issues and approval

The participants were informed that being a part of the study was voluntary and that they could withdraw at any time. They all filled out written consent forms. All information about the participants was kept protected. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) approved the study (Reference number: 35017).

Data analysis

Both focus groups were transcribed within a week after they were conducted. The analyses were based on Knodel's guidelines for focus group analysis. Using these guidelines coding the transcripts was the first step. The codes were organized under each theme from the interview guide. Following this, a process of reading through the codes trying to understand what the nurses were really saying started. While doing this new themes emerged that better described the content. New themes were created and the codes were collated under them. From the two interviews the new themes contained much of the same content so they were merged together to find the final topics (22).

FINDINGS

While analyzing four topics materialized. The first was called *conditional patient participation*. Despite the nurses effort to involve patients external factors occasionally prevented this, leaving the patients participation conditional. The second topic was titled *stuck between a rock and a hard place* and got two sub-headings: *Stuck between patients and relatives* and *stuck between ambitions and opportunity*. Being jammed between expectations from patients, relatives and the health care system, was described as a challenging role for nurses. *Better documentation and communication –less responsibility* became the title of the third topic. After the introduction of the CRF a new documentation system gave nurses better documentation and communication with the municipalities. Since the municipalities' obligations regarding post-discharge care are increased, the participants experienced less responsibility. New requirements were addressed in the last topic titled *the municipality has a key role*.

Conditional patient participation

The nurses valued the patients' opinions and they had a desire to involve them. They expressed that making patients participate were accentuated and they tried to facilitate

for this to happen. Despite of their good intentions they experienced difficulties conducting this in practice. Several of the nurses said that patient participation were not emphasized on the wards:

I2: And then it feels very wrong to try to involve the patient in something he thinks he can be a part of determining, in reality he only gets an offer that he has to say yes or no to.

M: Mhm.

I3: There are no places to write: 'Where does the patient want to go'.

It proved to be several reasons for why it was difficult to involve patients. After the introduction of the CRF the nurses influence when discharging patients decreased. The nurses where now to give the municipalities complementary information about each patient and let them decide which care offer the patients would receive. The municipalities' lack of resources and available positions in nursing homes turned out to be a crucial factor. On this basis they made decisions about whether or not each patient where offered a short-term stay or home nursing. In practice this indirectly limited patients' opportunity to participate. This was brought up in both focus groups. Based on this several of the nurses explained that they thought it was unnecessary to involve patients. Since the patients in practice had little influence they might as well be left out. The workload on each ward also affected patients' opportunity to participate. In addition to this the nurses experienced that when the patients were ready to be discharged the municipalities quickly would propose a care offer. Since this was the one offer the patient would receive they practically had to accept it, leaving them without the opportunity to participate.

In both focus groups the participants highlighted that there were some decisions patients could influence after all. To some degree, the patients could participate in choices regarding practical issues. This meant that they on various occasions could determine issues such as which transport they wanted and which day they wanted to pick up their prescription drugs. In addition to this the nurses experienced that most of the patients from small municipals where known by the local personnel. Because of this they often could affect their health care offer.

Stuck between a rock and a hard place

In both focus groups the nurses expressed different dimensions to the role of being a nurse. Their role contained both a desire to fulfill patients' needs and wishes, and expectations from the hospital administration. They also experienced a diversity of expectations from both patients and their relatives. Because of this the nurses had a feeling of being pulled in several directions.

Stuck between patients and relatives

Nurses from both focus groups had experienced patients and their relatives having expectations of rehabilitation or a stay at a nursing home after discharge. Since patients rarely got an offer like this the nurses had to give them this information. This could be uncomfortable. Informing the relatives proved to be especially challenging. Relatives with strong opinions would overrule these and sometimes have little understanding regarding the nurses' situation:

D1: They don't always understand that it is not us that assess their situation and that it is not us that make the decisions about what kind of care the patients get after discharge.

CoM: You are being blamed in a way?

(Confirming from several of the participants).

D4: We become intermediaries.

D1: Yes.

Most relatives have little knowledge about the pressure the hospital and their staffs are under regarding discharging elderly patients, and the nurses saw this as an explanation for their behavior.

The nurses also experienced that some relatives approached them for information when the patient was not present. They made contact either by telephone or by stopping the nurses in the hallway. Having conversations with the relatives without the patient present gave the nurses a feeling of going behind their patients' backs.

Stuck between ambitions and opportunity

The nurses had experienced situations where they didn't agree with the care offer some of the patients were presented. Having to send home patients, who they thought needed a stay at a nursing home, was an example they expressed as challenging:

I2: I have had several patients, who I think would benefit from a short stay at a nursing home, eh, but who are not offered this service.

I3: Yes, absolutely. It is often like this: 'Yes, but would it not be enough to increase the number of visits from the home nursing service?' They are always trying to find arguments for this to be okay.

I2: Yes.

I3: It is not always okay for people with complex disorders to be discharged home. In both focus groups the nurses expressed that conducting the health care service like this is perceived as short-term thinking. They explained that lack of resources and focus on economically profitable solutions could be some of the reasons for these situations.

The nurses expressed that strong opinionated patients and relatives can be challenging to work with, especially if they disagree with their opinions. An example was when the nurses thought a patient needed care assistance and the patient refused to accept this. The nurses felt responsible if something were to happen to the patient, but at the same time they expressed the difficulty involved when having to almost force somebody to receive help. One of their solutions to prevent these situations from happening was to organize collaborative meetings. In this way doctors, nurses, patients and relatives could meet and express their opinions and concerns. Since their experience was that patients more often accepted the recommendations if it was given by a doctor, these meetings could be beneficial.

Better documentation and communication –less responsibility.

A new documentation system has developed after the introduction of the CRF and the nurses were positive to this. They expressed that the system is user friendly and give them a systemized documentation. When disagreeing with the municipalities regarding a discharge, they now had all information documented in one place. In this way they could prevent misunderstandings and discrepancies. Learning to operate this program took some time, but it resulted in more communication between the hospital and the receiving unit. The new system had also made it possible to plan patients' discharge already when they were admitted to the hospital:

I2: I think this has enhanced the communication.

M: Mhm.

I2: It is better than when we had to make phone calls.

I1: Absolutely.

I3: It makes us think about the discharge planning immediately.

With the new documentation system the nurses discussed if they are saving time regarding administrative work. Some thought they were, but at the same time they pointed out that filling out new forms and files took time. A discussion therefore emerged during both interviews regarding if the new program was timesaving or not.

Because the municipalities now is responsible for which health care offer the patients get after discharge, the nurses seemed to agree about feeling less responsible:

I2: I think it has become easier, it is a selfish reason, but I think it has become easier after the introduction of the CRF.

M: Mhm.

I2: Because the municipalities now have the responsibility.

M: Mhm.

I2: It is hopeless, but it is not my fault so I kind of don't need to have that confrontation.

Situations where a patient doesn't receive the health care he or she wants, was less difficult because the nurses didn't feel that it was much they could have done to prevent this.

The municipality has a key role

For the patients who already receive health care, the municipalities' role emerges already when the patients are admitted to hospital. The municipalities are obligated to write admission papers that contain information about the patients. In addition to this they decide, as stated earlier, which health care offer the patients get after discharge. This is part of making their role central in the discharge planning. The nurses expressed that they felt responsible for giving the municipalities proper information, so they could make a thoughtful decision. They were positive to the development, but had some input:

I2: I am positive about the future. I hope that there will be increased competence in the municipalities so we can prevent elderly people from being admitted to the hospital for some simple treatment with antibiotics, when they are permanent residences at a nursing home.

They also expressed that patients care needs can change throughout the hospital stay, which means that the municipalities continuously must adapt their proposition regarding post-discharge care. This demands a great deal of resources.

DISCUSSION

Findings from this study will be discussed emphasizing patient participation and the roles of nurses. Nurses' experiences in a standardized health care service are also highlighted. This is done to identify the complexity of their work and to get a holistic insight to these topics. Throughout the discussion these issues are addressed from nurses' perspectives.

The participants expressed that they valued patients' opinions and tried to involve them in decisions regarding their discharge. Nurses' positive view on involving patients has also been presented in past research. Despite this, health care workers seldom consider user-knowledge as equal to the value of professional knowledge (14). This is consistent with findings revealing that patients are seldom invited to participate in decisions regarding their discharge (9). At the same time, elderly patients are characterized by not always wanting to participate (10). They often see their participation as an opportunity to approach the health care personnel rather than a right (23).

Involving patients can be challenging (24), and the reasons for nurses not succeeding with this can be both those stated over and other more practical issues. The nurses participating in this study pointed out factors such as time limitations and few available "beds" in the municipalities as reasons for not involving patients. This is also seen in research where time limitations are listed as a factor that influence patient participation (12).

In addition to this the nurses emphasized that it is the municipalities that make the decision of which health care offer each patient will receive after discharge. Accordingly several of the nurses expressed it as meaningless to involve the patients. It seems that the municipalities power to make decisions, affect participation. The reason for them being in this position is guidelines outlined in the CRF. These circumstances can be seen as a part of the standardization the health care system is going through (18).

Because of municipalities' limited resources and capacity they seldom offer several care services to choose from, leaving nurses with reduced opportunity to involve patients. This is also established in research where it has been indicated that pressure on resources in the municipalities affects the discharge process (2). When health care workers have to inform patients about what the municipality has decided, it does not give room for the two-way communication that is required for having patient participation (18). One could wonder if the standardization is working against its purpose?

Participants in this study expressed it as challenging not being able to offer patients the care they wanted. They were pulled between wanting to involve the patients and what care they realistically could offer them. Nurses have to be a professional practitioner and at the same time be an administration employee. These two roles have contrasts, which can lead to conflict. Different expectations to each role give nurses a feeling of being pulled in several directions. Nurses are drawn between their own professional competence and their loyalty to laws and regulations (25). Being in this position could be challenging (1, 18), which the nurses in this study confirmed.

Even though nurses have to modify their work to political guidelines they also have some independence when they decide what they want to emphasize while practicing their profession. It has been confirmed that patient participation is depending on nurses' willingness to facilitate for this to happen (2). There are certain norms and expectations to what constitutes the role of a nurse, but as an autonomous professional nurses can to some degree adapt their work to each patient (26).

One outcome of the standardization in the health care service is assessment based on numbers, scores and forms. Health care professions such as nurses are exposed to being measured in ways that may not represent their work (18). Nurses use their professional experience to estimate which care needs patients will have after discharge. But it has been revealed that issues regarding physical needs are emphasized more among nurses than psychosocial needs of the patients (3). Since it is easier to measure physical needs one can wonder if this is a result of the standardization. The nurses participating in this study expressed not being able to affect patients' care, as they wanted. This could lead to frustrating situations. One participant told about a patient that wanted a stay at a

nursing home after discharge. The nurses also thought this would be beneficial. Despite this the patient had to go home because of the municipality's lack of resources. The nurses experienced being intermediaries between the patient and the health care system without any possibility to affect the outcome. There was a positive aspect to this, because they no longer had responsibility regarding which care each patient were to have after discharge. At the same time they were the ones who had to inform the patients about which health care offer they would receive. If this offer was not what the patient wanted the nurses could experience the situation as challenging. Especially after the introduction of the CRF difficulties like this have become common. Nurses experience that their professional assessment is not taken into account as much as it used to (27). Their professional autonomy is being jeopardized since they now, in some situations, have less influence (28). They want to offer quality care but at the same time patients are expected being discharged quickly from hospitals. Combining these two requirements is not always possible and the nurses are in a demanding position (26).

As stated earlier the nurses had limited opportunity to involve patients, as the municipalities were the ones making decisions. Berg (19) worries that situations like this might be the norm in the future. Standardized procedures decrease nurses' ability to cooperate with each patient and less room for professional judgment. He fears that nurses will lose their motivation. Nurses rely on their experiences and need flexibility while performing their work (3). The participants in this study expressed their lack of motivation to involve patients because they realistically had a small chance of influencing post-discharge care. Examples like this can make you wonder if Berg's worries are already happening. Nurses are ethically responsible to involve patients in decisions regarding their health care (7). The way the system is today this makes them defy from their obligation. Is this a negative side effect that was not thought of beforehand?

One of the aims in the CRF was to make the health care system less fragmented (4). Findings indicate that nurses have more communication with the municipalities after the introduction of the CRF. Hence, in some ways one can conclude that the CRF have worked according to plan. At the same time the standardization of discharging patients gives nurses less opportunity using their professional competence to personalize the

care (19). Policy guidelines and external factors affect health care in a larger degree today than before (29).

Based on this one would assume that the nurses were dissatisfied with the CRF. However, when conducting the interviews the nurses gave positive feedback regarding the reform. One reason for this could be their feeling of less responsibility regarding which post-discharge care each patient will receive. With this said some of the participants also stated that they now have less time interacting with the patients. They blamed the new administrative assignments for this. This issue also emerges in research. Health care providers do not prioritize conversations with patients and their relatives because of time restraints (2). Wyller (30) supports this when he states that the CRF has forced health care workers to prioritize bureaucratic tasks rather than interacting with patients. Another aspect is that the needs of elderly can seldom be combined with the efficiency that reigns in most hospital wards today (23).

METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS

Previous studies have indicated that more information is needed regarding the complexity of cooperation between patients and health care workers. This study has tried to highlight this by interviewing nurses in groups about this topic. The impression was that the participants felt safe and spoke openly during the interviews. In addition to this one could think the nurses benefited on participating, because they could talk about a topic that concerns them in a neutral setting. They also got to know how nurses on other wards experience the same challenges they face.

Discussions with my supervisor and the research group regarding data analysis were conducted to strengthen the credibility of the study. The author was aware her pre-understandings about the topics which was investigated, and tried throughout the whole study to keep an open mind. To ensure a correct analysis of the material, steps from Knodel (22) were carefully followed. Quotations were used to validate the results when presenting them. There were only four participants in each focus group. Due to time limitations there was not possible to continue the recruitment.

CONCLUSION AND PRACTICAL IMPLICATIONS

Findings indicate that nurses experience patient participation as conditional after the introduction of the CRF. Despite their intention to involve patients this was not always easy to conduct in practice. The nurses had a feeling of being pulled between expectations from patients, relatives and the hospital administration. Their opinions reveal that they are positive to the development despite the challenges.

Patient participation is central in the CRF, but we have limited knowledge about how nurses experience this phenomenon. Further knowledge about this can be useful to improve the discharge process. The nurses in this study also emphasized how increasing the competence of staff in the municipalities could be beneficial for the future health care service.

The CRF states that the coordination within the health care service needs to be improved, but it says nothing about specific coordination assignments for each profession (31). Investigating nurses' experiences regarding the introduction of the CRF could be beneficial when assessing the outcomes of the reform.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author is grateful to all the nurses who participated in this study and to my supervisor for encouragement and feedback.

REFERENCES

1. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune (Experiences in transferring ill elderly patients from hospital to the municipality). *Sykepleien Forskning*. 2010;5(1):36-43.
2. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(12):39-49.
3. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. *ANR*. 2007;20(2):72-7.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid (Report No.47. The coordination reform. Proper treatment – at the right place and right time). Oslo: 2009.
5. Romøren TI. Eldre, helse og hjelpebehov (Elderly, health and care needs). In *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (Geriatric Nursing. Good care to the old patient)*. (Kirkevold M, Brodtkorb K, Høyen Ranhoff A ed.), 2008 Gyldendal Akademisk AS, Oslo, p. 29-37.
6. Pasient -og brukerrettighetsloven. 2001. Lov om pasient- og brukerrettigheter (the Patients' Rights Act). Of 1999-07-02-63. Available from:
http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL_3.
7. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Ethical Guidelines for Nurses). 2011, Oslo. Available from:
https://http://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
8. Elster E. Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker (Elderly and participation. Elderly have also shoes that presses). 2001 Kommuneforlaget, Oslo, p. 114, p. 11-27.

9. Ekdahl AW, Linderholm M, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M. 'Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?' A qualitative observational study. *BMJ Open*. 2012;2(6).
10. Huby G, Stewart J, Tierney A, Rogers W. Planning older people's discharge from acute hospital care: Linking risk management and patient participation in decision-making. *Health Risk Soc*. 2004;6(2):115-32.
11. Chin-Yen H, Barnard A, Chapman H. Emergency department nurses' understanding and experience of implementing discharge planning. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1283-92.
12. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin. Proc*. 2010;85(1):53-62.
13. Foss C, Hofoss D. Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Educ Couns*. 2011;85(1):68-73.
14. Solbjør M, Steinsbekk A. User involvement in hospital wards: Professionals negotiating user knowledge. A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2011;85(2):144-9.
15. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs*. 2009;18(18):2539-46.
16. Popejoy L. Participation of elder persons, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *ANR*. 2011;24(4):256-62.
17. Ringstad O. Interviewing patients and practitioners working together in teams. A multi-layered puzzle: Putting the pieces together. *Med Health Care Philos*. 2010;13(3):193-202.
18. Vik LJ. Makt og myndiggjering -Utfordringar for helse- og sosialarbeidarar (Power and empowerment - Challenges for health care workers). In *Meistring og*

myndiggjering. Reform eller retorikk (Coping and empowerment. Reform or Rhetoric)? (Heggen K, Ekeland T-J ed.), 2007 Gyldendal Akademisk, Oslo, p. 83-100.

19. Søraunet Wangberg I. Spår kortere helseutdanninger (Predicts shorter health educations). Klassekampen. 2012;44(227):10-1.

20. Høybråten Sigstad HM. Brukermedvirkning -alibi eller realitet (User involvement - alibi or reality)? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004;124(1):63-4.

21. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4th edn. 2009 Sage, Los Angeles, Calif, p. 219, p. 17-33.

22. Knodel J. The Design and Analysis of Focus Group Studies. In Successful focus groups: Advancing the state of the art. (Morgan DL ed.), 1993 Sage, Newbury Park, Calif, p. 35-50.

23. Foss C. Elders and patient participation revisited -A discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. J Clin Nurs. 2011;20(13-14):2014-22.

24. Hanssen H, Humerfelt K, Kjellevold A, Norheim A, Sommerseth R. Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid (Professional judgment in the exercise of professional health and social work). In Faglig skjønn og brukermedvirkning (Professional judgment and user involvement). (Hanssen H ed.), 2010 Fagbokforlaget, Bergen, p. 21-46.

25. Opsahl G, Solvoll B-A, Granum V. Forførende samhandlingsreform (Seductive coordination reform). Sykepleien. 2012;100(03):60-3.

26. Ingstad K. Sosiologi i sykepleie og helsearbeid (Sociology in nursing and health care). 2013 Gyldendal Akademisk, Oslo, p. 239, p. 126-148.

27. Slettebø Å. Sykepleie og etikk (Nursing and ethics). 6th edn. 2013 Gyldendal Akademisk, Oslo, p. 174, p. 85-112.

28. Alvsvåg H. Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker (What is new in the coordination reform, and what consequences may it have for health care services? Old wine in new bottles)? In Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag (Necessary detours. A research anthology to Kari Martinsen's 70th birthday). (Bergland Å, Alvsvåg H, Martinsen K, Førland O ed.), 2013 Cappelen Damm akademisk, Oslo, p. 347-365.
29. Berg O. På leting etter identitet (In search of identity). Sykepleien. 2012;100(10):78-87.
30. Hofstad E. Samhandlingsreformen kan ta liv (The coordination reform can take lives). NSF [Electronic article]. 2011 May [obtained 2014-03-06]; Available from: <http://www.sykepleien.no/nyhet/653447/--samhandlingsreformen-kan-ta-liv>.
31. Clancy A, Kjølrsrud ES. Det er umulig å være profesjonsnøytral (It is impossible to be a neutral profession). Sykepleien. 2011;99(05):48-9.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Grete Eriksen
Masterstudent i helsefag – sykepleievitenskap
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Telefon: 995 36 486
E-post: grete.eriksen@student.uib.no

Til sykepleiere ved medisinsk/kirurgisk avdeling

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Sykepleieres erfaringer med utskrivelse av eldre pasienter til kommunehelsetjenesten og pasientenes medvirkning i denne prosessen. En studie etter samhandlingsreformens iverksettelse.

Bakgrunn og formål

I anledning mitt mastergradsprosjekt i sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen henvender jeg meg til deg med forespørsel om å delta i overnevnte studie.

Formålet med studien er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i sykehus har med utskrivning av eldre pasienter til kommunehelsetjenesten, etter at samhandlingsreformen tredde i kraft. Sykepleiernes erfaringer med pasientene sin medvirkning i denne prosessen vil bli spesielt vektlagt. Siden det foreløpig finnes lite forskning om hvilke praktiske implikasjoner samhandlingsreformen har hatt for sykepleiere vil denne studien kunne gi nyttig informasjon til arbeidet videre med å forbedre utskrivelsesprosessen for eldre pasienter. I tillegg vil studien kunne være et viktig bidrag til evalueringen av samhandlingsreformen.

Følgende problemstilling er valgt for studien:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med eldre pasienters medvirkning i utskrivningen fra sykehus til kommunehelsetjeneste, etter at samhandlingsreformen tredde i kraft?

For å svare på denne problemstillingen ønsker jeg å benytte meg av to gruppeintervju hvor deltakerne er sykepleiere fra henholdsvis kirurgiske og medisinske avdelinger. Å ha et gruppeintervju med sykepleiere fra hver av disse avdelingene er valgt for at datamaterialet skal inneholde erfaringer fra sykepleiere med ulik bakgrunn, men som arbeider med utskrivelse av eldre pasienter til kommunehelsetjenesten. Siden sykepleierne ved disse avdelingene daglig arbeider med dette innehar de en stor kompetanse og kunnskap om studiens tema, og vil derfor kunne bidra med nyttig informasjon.

Deltakere må være autoriserte sykepleiere som har arbeidet ved sin nåværende avdeling i minimum to år. Det er ønskelig at både kvinner og menn deltar. Sykepleiere med ledende stillinger ved avdelingen vil ikke få anledning til å delta.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Som deltaker i studien vil du bli spurt å må delta i et gruppeintervju sammen med 3-5 andre sykepleiere. Intervjuene vil finne sted på Haukeland Universitetssjukehus (HUS).

Informasjon om hvor på HUS og dato for intervjuene vil jeg komme tilbake til. Før intervjuene vil alle deltakere bli spurt om å fylle ut et enkelt skjema med relevante personopplysninger. Dette skjemaet vil blant annet inneholde spørsmål om alder, kjønn, hvor lenge du har arbeidet der du er nå og hvilke erfaring du har med eldreomsorg.

Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptaker og vil vare fra 1 – 1 ½ time. Lydopptakene vil deretter bli skrevet ordrett av (transskript). Spørsmålene i intervjuene vil blant annet omhandle sykepleiernes erfaringer med de eldre sin medvirkning i utskrivelsesprosessen, om det har oppstått noen forandringer innenfor dette feltet etter at samhandlingsreformen tredde i kraft og på hvilke måte de eldre pasientene sin medvirkning blir verdsatt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dette vil blant annet skje ved at navnelister, skjemaer og transskript vil bli låst ned og lydopptak vil bli kryptert, slik at ikke uvedkommende kan få tilgang til materialet.

Som deltaker vil man ikke kunne bli gjenkjent ved publikasjon av prosjektet. Med bakgrunn i at studien samler inn enkelte personopplysninger og tar i bruk båndopptaker er den meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2014. Alle data (inkludert lydopptak) som er hentet inn i forbindelse med studien vil da bli slettet og makulert. Resultatene fra studien vil bli formidlet gjennom min masteroppgave og mulig publisert som artikkel.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

Dersom du ønsker å delta i studien må du fylle ut vedlagte samtykkeskjema og sende det til meg i den ferdig frankerte konvolutten. Husk å oppgi et telefonnummer eller e-post adresse jeg kan treffe deg på. Jeg vil da ta kontakt med deg enten per telefon eller mail for å avtale tidspunkt for intervju.

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte meg på telefon eller mail. Kontaktopplysninger om meg finner du øverst i dette dokumentet.

Min veileder for prosjektet er:
Professor Eva Gjengedal
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Seksjon for sykepleievitenskap
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5020 Bergen

Vennlig hilsen

Grete Eriksen

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien

Sykepleieres erfaringer med utskrivelse av eldre pasienter til kommunehelsetjenesten og pasientenes medvirkning i denne prosessen. En studie etter samhandlingsreformens iverksettelse.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Navn: _____

Arbeidssted (sengepost): _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

(Signatur av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide for fokusgruppeintervju

1.0 Ønske velkommen

1.1 Ønske deltakerne velkommen og dele ut skjema om relevante personopplysninger. Informere om at man kan forsyne seg med kaffe/te og frukt i tillegg til å fylle ut skjemaet. Deltakerne får utdelt navneskilt som de selv skriver navnet sitt på.

2.0 Kort gjennomgang av tema og formålet til prosjektet

2.1 Presentasjon av moderator og co-moderator og deres roller.

2.2 Kort presentasjon av emne og formålet til prosjektet i tillegg til informasjon om på hvilke måte dataene vil bli behandlet konfidensielt. Det vil også bli informert om at det er frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg.

2.3 Åpner for eventuelle spørsmål (til selve gjennomføringen, spørsmål angående temaet må vi eventuelt komme tilbake til).

3.0 Regler i gruppen

3.1 Informerer om at det ikke finnes noen riktige og gale svar. Dersom noen snakker mye vil moderatoren kunne bryte inn for å gi andre mulighet til å svare. Moderatoren vil understreke at hun og co-moderator har taushetsplikt og oppfordre deltakerne til ikke å spre opplysninger de får kjennskap til i gruppen. I tillegg minner en om viktigheten av at kun en snakker om gangen (pga lydopptak).

4.0 Presentasjonsrunde

4.1 Alle deltakerne vil bli oppfordret til å gi en kort presentasjon av seg selv som inneholder navn, alder og hvilke avdeling vedkommende arbeider ved og hvor lenge de har arbeidet der.

(Båndet på)

5.0 Intervju

Moderator informerer om at dersom det lar seg gjøre kan det under hvert punkt gjerne brukes eksempler fra praksis for å understreke viktige poeng (men ikke fortell om direkte gjenkjennende detaljer om pasientene).

5.1 Fokus 1: Brukermidvirkning

Hvilke erfaringer har dere med de eldre pasientene sin medvirkning i dag? Medvirkning i utskrivelsesprosessen til kommunehelsetjenesten spesielt.

Stikkord og tilleggsspørsmål:

Planleggelsen av utskrivelsen: Viser pasientene et ønske om å medvirke i denne prosessen? Er pasientene med på å planlegge hvor han/hun skal skrives ut? Og på hvilke tidspunkt utreisen skal skje? Er pårørende involvert i denne prosessen? Hvordan oppstår kontakten med kommunen? Er det kun helsepersonell som kommuniserer med kommunen angående utskrivelsen eller har pasienten/pårørende også kontakt med kommunen? Tilbyr dere kommunale tjenester som pasientene selv ønsker?

Det praktiske med utskrivelsen: Hvor involvert er pasienten og/eller de pårørende når det gjelder valg av transport? Er de inkludert med tanke på videre oppfølging/administrering av medisiner og resepter? Dersom det er forventet at pasienten skal ha videre oppfølging hos fastlege eller kontroll på sykehuset, hvor involvert er pasienten/pårørende i planleggingen av dette?

(Oppsummering av co-moderatoren)

5.2 Fokus 2: Innføring av samhandlingsreformen

På hvilke måte har dere erfart at pasientene har hatt/har medvirkning før og etter innføringen av samhandlingsreformen?

Stikkord og tilleggsspørsmål:

Endring mht brukermedvirkning:

Erfarer dere at pasientene har mer eller mindre medvirkning i utskrivelsen nå enn før 2012? På hvilke måte erfarer dere at de har mer eller mindre medvirkning?

Endring mht arbeidsoppgaver:

Ble deres arbeid forandret etter innføringen av samhandlingsreformen? Hvis ja: Hvordan forandret arbeidet deres seg rent konkret, fikk dere nye eller andre arbeidsoppgaver og opplever dere at dette har påvirket pasientenes medvirkning?

(Oppsummering av co-moderatoren)

5.3 Fokus 3: Etikk

På hvilke måte verdsettes de eldre pasientenes medvirkning i utskrivelsesprosessen?

Stikkord og tilleggsspørsmål:

Etikk, respekt. I hvilke grad verdsettes pasientenes ønsker? Vektlegges respekten for pasientens medbestemmelse? Blir pasientenes medbestemmelse diskutert blant sykepleierne/andre yrkesgrupper? Hvor viktig er dette for den videre behandlingen?

(Oppsummering av co-moderatoren)

5.4 Fokus 4: utfordringer

Hvilke utfordringer er forbundet med eldre pasienters medvirkning?

Stikkord og tilleggsspørsmål:

- Pasientens tilstand

Er pasientene så syke at de ikke har mulighet til å medvirke? Viser pasientene ønske om å medvirke eller "tar de til takke" med det tilbudet de får?

- Pårørende/hjemmesituasjonen

Pårørende, spiller de en rolle? Er pasientenes hjemmesituasjonen en utfordring i forhold til medvirkning (tilrettelegging/hjelpemidler osv)?

- Tverrfaglig samarbeid

Er andre yrkesgrupper interessert i å fremme pasientens medvirkning? Eventuelt ikke interessert? Hvilke yrkesgrupper er det i tilfelle?

- Ressurser

Spiller tiden en rolle? Påvirker økonomi mulighetene for medvirkning? Gir kommunen mulighet for medbestemmelse?

(Oppsummering av co-moderatoren)

5.5 Fokus 5: Forberedthet

Følte dere at dere var forberedt da samhandlingsreformen tredde i kraft?

Hvordan tror dere veien går videre innenfor dette emnet?

Stikkord og tilleggsspørsmål:

I hvilke grad var dere forberedt? Hvordan ble dere i tilfelle forberedt? Opplevde dere en stor forandring da reformen tredde i kraft? Hva tenker dere om fremtiden innenfor dette emnet? Tror dere det vil komme forandringer? I tilfelle, hvilke?

(Oppsummering av co-moderatoren)

6.0 Avslutningsspørsmål

Har deltakerne noe mer de ønsker å fortelle? Noe dere har tenkt på som ikke er sagt?

(Stoppe båndopptakeren)

7.0 Avslutning

Har deltakerne noen spørsmål? Hvordan opplevde dere å delta?
Takke for deltakelsen.

Vedlegg 4

Skjema for relevante personopplysninger

Navn:

Alder:

Hvor lenge har du vært sykepleier?

Har du videreutdanning?

- Hvis ja: Hvilken?

Hvilke avdeling arbeider du ved nå?

Hvor lenge har du arbeidet ved den avdelingen du arbeider ved nå?

Har du arbeidet som sykepleier andre steder enn der du arbeider nå?

- Hvis ja: Arbeidet du med eldre pasienter der?

Har du arbeidet som sykepleier i kommunehelsetjenesten?

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Eva Gjengedal
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 6165
5892 BERGEN

Vår dato: 13.08.2013

Vår ref:35017 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35017 *Sykepleieres erfaringer med utskrivelse av eldre pasienter til
 kommunehelsetjenesten og pasientenes medvirkning i denne prosessen
 - En studie etter sambehandlingsreformens iverksettelse.*
Behandlingsansvarlig Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Eva Gjengedal
Student Grete Eriksen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Grete Eriksen, Idrettsveien 3, 5052 BERGEN



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Vi legger til grunn at taushetsplikten til angjeldende helsepersonell ikke er til hinder for gjennomføringen av prosjektet. Vi ber i den forbindelse studenten minne deltakerne om at de ikke kan oppgi identifiserende opplysninger om enkeltpasienter under intervjuet. Videre bør studenten oppgi at det ikke vil få konsekvenser for forholdet til arbeidsgiver, hvis de ansatte ikke ønsker å delta eller hvis de senere velger å trekke seg.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 6

Author Guidelines

Aims and Scope

The *Scandinavian Journal of Caring Sciences* is an established quarterly, peer reviewed Journal with an outstanding international reputation. As the official publication of the Nordic College of Caring Science, the Journal shares their mission to contribute to the development and advancement of scientific knowledge on caring related to health, well-being, illness and the alleviation of human suffering. The emphasis is on research that has a patient, family and community focus and which promotes an interdisciplinary team approach. Of special interest are scholarly articles addressing and initiating dialogue on theoretical, empirical and methodological concerns related to critical issues. All articles are expected to demonstrate respect for human dignity and accountability to society. In addition to original research the Journal also publishes reviews, meta-syntheses and meta-analyses.

Papers are expected to have a focus on those receiving care, and have a sound scientific, theoretical or philosophical base. Ethical considerations must be discussed as appropriate.

Papers exceeding 5000 words will not usually be accepted. This 5000 word count includes the abstract, text, author contributions, ethical approval and funding, but not figures or tables and references. It is not journal policy to publish papers submitted in two parts. All manuscripts are double-blind refereed. Review papers should include the words 'review' or 'literature review' in the title.

Papers received are assumed to have been submitted exclusively to the *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. If the paper is part of a larger study and you, or other authors, have written additional papers that have been published/submitted for publication using the study as the basis for the article, you must contact the Editor with details to ensure there is no breach of copyright. Any breach of copyright will be taken very seriously and appropriate action taken.

The Editors will decide on the time of publication and retain the right to modify the style of a contribution; major changes will be agreed with the author(s).

Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:

CTA Terms and Conditions http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

Manuscripts

All manuscripts should be submitted at <http://mc.manuscriptcentral.com/sjcs>. All parts of the manuscript must be available in an electronic format. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support can be contacted by phone (1 434 817 2040 ext. 167), e-mail (support@scholarone.com) or at www.wileycustomerhelp.com. If you cannot submit online, please contact Robert Huston in the Editorial Office by telephone 44 (0)1865 476489) or by e-mail (SJCSedoffice@wiley.com).

A covering letter must be submitted as part of the online submission process, stating on behalf of all the authors that the work has not been published and is not being considered for publication elsewhere.

The use of footnotes and appendices should be avoided.

The main text should be preceded by an abstract, not exceeding 300 words, which accurately summarises the aims, findings and conclusions of the study. In the case of reported empirical research, the summary should include as appropriate: the study's rationale, aims and objectives; methodological design and justification; ethical issues and approval; research methods, instruments and/or interventions; outcome measures; results; study limitations; and conclusions. The abstract should not include references or abbreviations.

The abstract should be followed by up to 10 keywords or short phrases for indexing purposes, which accurately identify the paper's subject, purpose and focus. If your paper

is a review the keywords should included 'literature review'. When submitting your paper online you will also be asked to select keywords from a given list. These are used to help the Editor identify suitable reviewers. The abstract should also be followed by the word count for your paper.

No identifying details of the authors or their institutions must appear in the submitted manuscript. A separate title page should be submitted with author details. The title page must also include statements as follows: *Acknowledgments*: Any acknowledgments must not be included in the main document but should be added to the title page. *Author contribution*: Where there is more than one author a written statement must be provided giving details of all authors' involvement (study conception/design; data collection/analysis; drafting of manuscript; critical revisions for important intellectual content; supervision; statistical expertise; administrative/technical/material support) *Funding*: Please state whether funding was obtained and where applicable provide the name of the funding body and a reference number. This information will be an appending part of the published paper if it is accepted by the Journal. *Ethical approval*: Please state whether ethical approval was sought for your study and where applicable provide the name of the committee or institution that approved the study and a reference number.

Figures, illustrations, legends, tables and references should be prepared on separate sheets. The appropriate insertion points for figures and tables should be indicated in the text. In the full-text online edition of the journal, figure legends may be truncated in abbreviated links to the full screen version. Therefore, the first 100 characters of any legend should inform the reader of the key aspects of the figure. Approval for reproduction/modification of any material (including figures and tables) published elsewhere should be obtained from authors/copyright holders before submission of the manuscript. Contributors are responsible for any copyright fee involved.

Headings within the text should conform to the following convention: upper case for main headings, lower case for major sub-headings, italics for subsidiary sub-headings. Exceptionally, a lower case, smaller font heading may be used to head sub texts, for example for case studies or vignettes within the text.

Language and Spelling should conform with that used in the *Concise Oxford Dictionary* and abbreviations with those in *Units, Symbols, and Abbreviations* (1994) published by the Royal Society of Medicine Press, 1 Wimpole Street, London, W1M 8AE. Manuscripts must be written in correct English. Authors with English as a foreign language are advised to have their manuscript revised by a qualified translator or native speaker before submission.

Abbreviations should be used sparingly and only if a lengthy name or expression is repeated throughout the manuscript. When used, the abbreviated name or expression should be cited in full at first usage, followed by the accepted abbreviation in parentheses.

Quotations included appropriately within the body of the text should be marked by double inverted commas. Longer, or self-contained quotations should be preceded and followed by a double space; neither inverted commas nor italics should then be used. Exceptionally, where emphasis is required, a word or phrase may be marked by

single inverted commas or italics.

Statistical methods and other methods for analysis used should be defined and, where appropriate, supported by references.

References We recommend the use of a tool such as Reference Manager for reference management and formatting.

Reference Manager reference styles can be searched for here: <http://www.refman.com/support/rmstyles.asp>

The style of references must follow the Vancouver system and abbreviations of journal titles must conform to that of Index Medicus. Titles not listed should be written in full. References with titles in languages other than English must be translated.

Examples:

- Berglund B, Nordström G. The use of the modified Norton scale in nursing home patients. *Scand. J Caring Sci* 1995; 9:165-9.
- Savage J, Heijnen S. *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 74. 1997.
- LeGris J, Côté FH. Collaborative partners in nursing education: a preceptorship model for BScN students. *Nursing Connections* 1987; 10: 55-70.
- Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid 'overactive' lifestyle in chronic fatigue syndrome and FMS. *J Psychosom Res* 2001; 51: 571-76.
- UNHCR Public Information Section. *UNHCR, The United Nations High Commissioner for Refugees by numbers*. 2001, September, Alta Vista, <http://www.unhcr>
- Høyer G, Drange H. Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner (Changes in the use of coercive measures in Norwegian mental health institutions). *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 585-8.

Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text at which reference to a particular document is made, its number is inserted. To cite a specific part of a source (articles pages and book chapters in the reference list), indicate the page number(s) as well. References should be cited from primary sources. When a book is cited, the title should be stated, followed by the publisher and town, county/state (and country if necessary) of publication. Example: Dealey C. *The Care of Wounds: A Guide for Nurses*. 1994, Blackwell Science, Oxford.

Where the reference relates to a chapter in an edited book, details of author and Editors should be given as well as publisher, place of publication, and first and last page numbers. Example: Pence G. Virtue theory. In *Companions to Philosophy A Companion to Ethics* (Singer P ed.), 1993 Blackwell Reference, Cambridge, 249-258.

The edition (where appropriate) of all books should be identified, e.g. 2nd edn. Do not give more than two or maximum three references in the text for verifying the same content. References stated as being 'in press' are not acceptable: all references cited must have been published.

Illustrations Computer-generated artwork should be saved in EPS or TIFF format, ensuring that the appropriate resolution is used. Our electronic artwork information pages at http://authorservices.wiley.com/submit_illust.asp contain full details and should be read carefully to ensure that your figures comply with our requirements. It is the policy of the Journal for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley requires you to complete and return a colour work agreement form before your paper can be published. This form can be downloaded as a PDF* from here. Once completed, please post or courier all pages of your completed form to the address below: Customer Services (OPI) John Wiley & Sons Ltd European Distribution Centre New Era Estate Oldlands Way Bognor Regis West Sussex PO22 9NQ

Please note that electronic or faxed copies cannot be accepted. For queries, please contact the Production Editor at scs@wiley.com.

Please note that funds will be collected after the article is published in print. Any article received by Wiley with colour work will not be published until the form has been returned. * To read PDF files, you must have Acrobat Reader installed on your computer. If you do not have this program, this is available as a free download from the following web address: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

Supporting Information Supporting Information can be a useful way for an author to include important but ancillary information with the online version of an article. Examples of Supporting Information include additional tables, data sets, figures, movie files, audio clips, 3D structures, and other related nonessential multimedia files. Supporting Information should be cited within the article text, and a descriptive legend should be included. It is published as supplied by the author, and a proof is not made available prior to publication; for these reasons, authors should provide any Supporting Information in the desired final format. For further information on recommended file types and requirements for submission, please visit: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/suppinfo.asp>

Early View *Scandinavian Journal of Caring Sciences* is covered by Wiley's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Articles are therefore available as soon as they are ready, rather than having to wait for the next scheduled print issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so Early View articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

Authors' original materials Unless specifically requested by a society or individual author, hardcopy and electronic materials will be retained for no longer than two months following publication of each issue. Any hardcopy and electronic material should then

be disposed of or recycled. This includes original artwork, hardcopy text and any accompanying disks/cd roms. Any author wishing for any of their materials to be returned should alert the Production Editor via the Editorial Office at the submission stage, or at the latest to the Production Editor directly on receipt of proofs. No responsibility will be taken for author material being destroyed if there has been no indication given that it should be returned.

Online production tracking is available for your article through Wiley's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Proofs

Proofs will be sent via e-mail as an Acrobat PDF (portable document format) file and must be returned promptly. The e-mail server must be able to accept attachments up to 4 MB in size. Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html> This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Major changes will not be entertained and authors may be charged for excessive amendments at this stage. Proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs.

Offprints

Authors will be provided with electronic offprints on publication of their paper. These will be sent to the corresponding author at his or her e-mail address. Electronic offprints are sent to the corresponding author at his or her e-mail address on the title page of the paper, unless advised otherwise. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link and fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields:
http://offprint.cosprinters.com/cos/bw/main.jsp?SITE_ID=bw&FID=USER_HOME_PG

If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com