



RAPPORT

Utprøving av kommunal behandlingseenhet

Erfaringer og utfordringer i bruk av akutt plasser i sykeheim

Ingela Enmarker
Rose Mari Olsen



Utprøving av kommunal behandlingseenhet

Erfaringer og utfordringer i bruk av akuttplasser i sykeheim

Ingela Enmarker
Rose Mari Olsen

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 99
ISBN 978-82-7456-723-8
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2014

 **Midtre Namdal
samkommune**



Osen
kommune



Flatanger
kommune



HINT

Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfellevurderes på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/forskning/publisering/hint_publicasjoner

Rettighetshaver:

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet:

Åpen

Publiseringstype:

Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon:

Bibliotekleder

Kvalitetssikret av:

Ove Hellzén, professor, Mittuniversitetet i Sundsvall

Ragnhild Omli, førsteamanuensis, Høgskolen i Nord-Trøndelag

Nøkkelord: intermediaer avdeling, sykehjem, kommune, aksjonsforskning, sykepleie.

Key words: intermediate unit, nursing home, municipality, action research, nursing.

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:

Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:

bibsteinkjer@hint.no eller hovedbibliotekar@hint.no

Forord

Denne rapporten redegjør for følgeforskning av det 3-årige prosjektet «*Akutt plasser i sykehjem*» (UP-8) – et prosjekt gjennomført i regi av Midtre Namdal Samkommune (Namsos, Overhalla, Fosnes og Namdalseid) i samarbeid med Osen kommune og Flatanger kommune. Prosjektet UP-8 er ett av flere underprosjekt til «*Helhetlige helsetjenester*». Følgeforskningen er bestilt av Midtre Namdal Samkommune, og har vært ledet av Ingela Enmarker.

Hensikten med UP-8 har vært å klargjøre hvordan sykehjemstjenesten kan styrkes og utvikles i tråd med samhandlingsreformens ideer, herunder utrede hvordan kommunene skal kunne bli i stand til å gi tilbud til pasienter både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. Under prosjektperioden våren 2011 til sommeren 2013 er akuttsenger utredet og prøvd ut ved Overhalla Sykehjem.

Følgeforskningen av UP-8 har pågått fra våren 2012 til januar 2014, og har vært finansiert gjennom strategiske midler i Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT); Namdalsmidler. Hensikten med prosjektet har vært å beskrive erfaringer og utfordringer i bruken av akutt plasser ved Overhalla sykeheim, samt skape aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet. Vi vil rette en stor takk til pasienter, pårørende og pleiepersonale som har vært involvert.

Professor Ove Hellzén, Mittuniversitetet, og førsteamanuensis Ragnhild Omli, HiNT, har levert verdifulle kommentarer ved fagfelleevaluering.

Namsos, 29.august 2014

Ingela Enmarker
Professor, HiNT
(prosjektleder)

Rose Mari Olsen
Førsteamanuensis, HiNT
(prosjektmedarbeider)

Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet

I samsvar med Samhandlingsreformens intensjon å styrke og utvikle kommunenes tjenestetilbud slik at pasienter kan tilbys helsehjelp nært hjemmet – både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble det 3-årige prosjektet «Akutt plasser i sykehjem» (UP-8) gjennomført i regi av Midtre Namdal Samkommune (Namsos, Overhalla, Fosnes og Namdalseid) i samarbeid med Osen kommune og Flatanger kommune. Det overordnede målet med UP-8 var å lage og prøve ut en modell for øyeblikkelig hjelp, utredning, behandling og omsorg i en kommunal helseinstitusjon, en akuttavdeling eller såkalt intermedisær avdeling, med hjelp av samkommunale støttefunksjoner. Tilbudet var rettet mot pasienter, i hovedsak eldre, som var medisinsk stabile, men som var for ustabile til å bli ivaretatt av hjemmesykepleie eller i en ordinær sykehjemsavdeling.

Hensikt

Hensikten med dette følgeforskningsprosjekt av UP-8 har vært å beskrive erfaringer og utfordringer i bruken av akutt plasser ved Overhalla sykeheim, samt skape nye aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet.

Metode

For å nå målet har designen vært følgeforskning med elementer fra aksjonsforskning der dette har vært hensiktsmessig. Det ble gjennomført personlige intervjuer med utskrevne pasienter, telefonintervjuer med pårørende, samt fokusgruppeintervjuer med pleiepersonale. I tillegg er det gjort intervju med leger og ledere, og resultat fra disse har vært anvendt for datavalidering. Hensikten med samtlige intervjuer var å få en dypere innsikt og forståelse for erfaringene og opplevelsene med bruken av akuttavdelingen. I tillegg var det et mål at personalet gjennom refleksjon i fokusgruppene kunne identifisere aktuelle områder for forbedring, vurdere eksisterende praksis, samt utvikle forslag til mulige aksjoner/tiltak i samarbeid med forskerne. Intervjuene ble analysert og kategorisert med manifest innholdsanalyse.

Resultater

I analysen av pasientintervjuene fremkom to kategorier, hvor den første var *Trygghet vs. Utrygghet*. Denne inkluderte sub-kategoriene *Betydningen av lokalmiljøet, Oppfølging fra personalet og Akuttavdeling vs. sykehus*. Den andre kategorien var *Brukermedvirkning*, som hadde sub-kategorien *Informasjon fra personalet*. Analysen av pårørendeintervjuene resulterte i tre kategorier; *Brukermedvirkning, Tilgjengelighet og Trygghet og tillit*. I analysen av fokusgruppeintervjuene med dag- og nattpersonalet fremkom fem kategorier; *Samarbeid, Dokumentasjon og informasjonsutveksling, Organisatoriske rammer, Kunnskap, og Pasientene*. De aksjoner som ble skapt under prosjektets gang var *Møter, Opplæring, samt Endrende rutiner for medisinalutdeling*.

Konklusjon

Våre funn viser at pasienter, pårørende og personale for en stor del har positive erfaringer med bruken av akuttavdelingen ved Overhalla sykehjem. Samtidig har prosjektet også bidratt til dypere innsikt og forståelse for de utfordringene som kan ligge i implementering og bruk av en slik avdeling. Dette er kunnskap som kan være nyttig å ta med seg i lignende endringsprosesser i helsetjenesten i fremtiden. Et aksjons-/følgeforskningsprosjekt som følger de ansatte over tid, kan fremme motivasjon samt motvirke misforståelser og eventuell motstand til endring som kan oppstå underveis i prosessen. Bruk av fokusgrupper bidrar til at alle får være delaktige, bli lyttet til, og får føle ansvar som «medforskere». Ansatte som kommuniserer og støtter hverandre med sine kunnskaper og erfaringer bidrar til å øke kvaliteten i tjenestetilbudet.

INNHold

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
1 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.1.1 <i>UP-8 Akutt plasser i sykehjem</i>	2
1.2 PROSJEKTETS MÅL	3
1.3 PROSJEKTORGANISERING	3
1.4 FINANSIERING AV PROSJEKTET	4
2 FAGLIG FORANKRING	5
2.1 AKUTTAVDELINGEN – I GRENSELANDET MELLOM SYKEHUS OG SYKEHJEM	5
2.2 PASIENT OG PÅRØRENDES BEHOV	6
1.2.1 <i>Brukermedvirkning</i>	6
1.2.2 <i>Kvalitet og kontinuitet</i>	7
2.3. PERSONALET I EN OMSTILLINGSPROSESS	8
3 METODE	10
3.1 DESIGN	10
3.2 KONTEKST	13
3.3 DATAINNSAMLING	14
3.3.1 <i>Individuelle intervju med pasienter og pårørende</i>	14
3.3.2 <i>Fokusgruppeintervju med personale</i>	15
3.4 ANALYSE	16
3.5 ETISKE BETRAKTNINGER	17
4 RESULTAT	18
4.1 PASIENTENES OPPLEVDE ERFARINGER OG UTFORDRINGER	18
4.1.1 <i>Trygghet vs. utrygghet</i>	18
4.1.2 <i>Brukermedvirkning</i>	20
4.2 PÅRØRENDES OPPLEVDE ERFARINGER OG UTFORDRINGER	22
4.2.1 <i>Brukermedvirkning</i>	22
4.2.2 <i>Tilgjengelighet</i>	22
4.2.3 <i>Trygghet og tillit</i>	23
4.3 PERSONALET S OPPLEVDE ERFARINGER OG UTFORDRINGER	24
4.3.1 <i>Samarbeid</i>	24
4.3.2 <i>Dokumentasjon og informasjonsutveksling</i>	26
4.3.3 <i>Organisatoriske rammer</i>	29
4.3.4 <i>Kunnskap</i>	31
4.3.5 <i>Pasientene</i>	32
4.4 AKSJONER SKAPT UNDER PROSJEKTETS GANG	35
5 DISKUSJON	38
5.1 PASIENTENE	38
5.2 PÅRØRENDE	41
5.3 PERSONALET	42
5.4 METODEDISKUSJON	44
6 OPPSUMMERING	46
REFERANSER	48

1 INTRODUKSJON

Å skifte miljø ved akutt sykdom innebærer for mange eldre personer en økt risiko for irreversible funksjonsnedsettelse og nedsatt livskvalitet. Ved å beholde kontinuiteten i miljøet, kan det eldre menneskets helse ikke bare opprettholdes men også forbedres (Caplan, Meller, Squires, Chan, & Willet, 2006; Courtney, O'Reilly, Edwards, & Hassall, 2009; Crilly, Chaboyer, Wallis, Thalib, & Polit, 2010; Kane et al., 2006; Roe, Daly, Shenton, & Lochhead, 2003). I samsvar med dette la Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) opp til at kommunene skulle styrke og utvikle sine tjenestetilbud slik at pasienter kan tilbys helsehjelp nært hjemmet – både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. En slik endret oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil særlig omfatte de store gruppene av eldre pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Når disse pasientgruppene blir akutt syke skjer det som regel et brått fall i funksjon (Gray, Smyth, Palmer, Zhu, & Callahan, 2002), og derfor er kontinuitet av særlig betydning (Coleman, 2003; Waibel, Henao, Aller, Vargas, & Vazquez, 2012).

1.1 Bakgrunn

År 2008 oppfordret Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene til å undersøke utviklingen av lokalsykehus og samhandling mellom tjenestenivåene. Helse Nord-Trøndelag HF gjorde et kartleggingsprosjekt i forhold til samhandling mellom tjenestenivå i 2007. Resultatet bekreftet behovet for å målrette innsatsen mot kronikergrupper som pasienter med lungesykdom, hjertesykdom, kreft, samt andre kroniske tilstander. De påpekte også behovet for tiltak rettet mot syke eldre med polyfarmasi, samt enslige eldre som har behov for akutt pleie og observasjon ved forbigående reduksjon i sitt funksjonsnivå (Helse Nord-Trøndelag HF, 2008).

Med visjonen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* ble Samhandlingsreformen lansert gjennom St.meld. nr. 47 i juni 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Gjennom stortingsmeldingen ønsket myndighetene å stimulere kommuner og helseforetak til å samhandle for å utvikle en kvalitativt bedre og mer koordinert helsetjeneste. Kommunene ble utfordret til å inngå samarbeid med nabokommuner og

i større kommuneregioner for å sikre faglig og økonomisk bærekraftig utvikling av tjenestene. Som en følge av dette inngikk kommunene Namsos, Overhalla, Fosnes, Namdalseid, Flatanger og Osen i juli 2010 et samarbeid om utredning og implementering av samhandlingsreformen gjennom prosjektet «*Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal*». Den foreliggende rapporten redegjør for følgeforskning av underprosjektet «*Akutt plasser i sykehjem*» (UP-8).

1.1.1 UP-8 Akutt plasser i sykehjem

Det 3-årige prosjektet «*Akutt plasser i sykehjem*» (UP-8) ble gjennomført i regi av Midtre Namdal Samkommune (Namsos, Overhalla, Fosnes og Namdalseid) i samarbeid med Osen kommune og Flatanger kommune. UP-8 er ett av i alt ti underprosjekt til «*Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal*» (Fiskum, 2013). Det overordnede målet med prosjektet var å lage og prøve ut en modell for øyeblikkelig hjelp, utredning, behandling og omsorg i en kommunal helseinstitusjon med hjelp av samkommunale støttefunksjoner.

Samtidig som framtidens sykehus vil bli enda mer spesialiserte, vil kommunene få nye oppgaver som krever høyere kompetanse. Forutsetningen for endret oppgavefordeling er at kompetanseoppbyggingen i regionene kan skje i nært samarbeid og med god hjelp fra helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Gjennom UP-8 var det et mål å klargjøre hvordan sykehjemstjenesten kunne styrkes og utvikles i tråd med samhandlingsreformens ideer, herunder utrede hvordan kommunene skal kunne bli i stand til å gi tilbud til pasienter både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. Overhalla kommune ønsket å være vertskommune for prosjektet, og en sykehjemsavdeling med 6 akutt plasser ble opprettet 2.januar 2011.

Fra våren 2011 til sommeren 2013 ble akuttsenger utredet og prøvd ut ved Overhalla Sykehjem. Følgende områder har vært fokusert (Eidesmo, 2013):

1. identifisering av pasienter og pasientvolum som er aktuelle for en slik tjeneste
2. det faglige nivået på tjenestene som skal kunne ytes ved "akutt plasser" i sykehjem
3. ressursbehov og kostnader ved drift av "akutt plasser" i sykeheim
4. målbare effekter i forhold til kommunens bruk av egne ressurser og spesialisthelsetjenesten
5. erfaringer blant både brukere (pasient og pårørende) og ansatte

For beskrivelse av punkt 1-4, se Eidesmo (2013). Nærmere beskrivelse av akuttavdelingen gis i kapittel 3.2.

1.2 Prosjektets mål

Det overordnede målet med dette følgeforskningsprosjekt har vært å beskrive erfaringer og utfordringer i bruken av akutt plasser ved Overhalla sykeheim ut fra pasient, pårørende og de ansattes perspektiv, samt skape aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet.

1.3 Prosjektorganisering

Prosjektet har vært organisert med styringsgruppe og arbeidsgruppe. Styringsgruppen har bestått av tre personer fra Midtre Namdal Samkommune og en fra HiNT. I alt fire møter er holdt i styringsgruppen.

Styringsgruppe

- Assisterende administrasjonssjef i Midtre Namdal samkommune Tor Brenne
- Prosjektleder for «Helhetlige helsetjenester i MNS» Eva Fiskum
- Fagsjef helse og omsorg Overhalla kommune og prosjektleder for «UP-8 Akutt plasser i sykeheim» Bente Eidesmo
- Professor Ingela Enmarker, HiNT, avdeling for Helsefag

Arbeidsgruppe

- Professor Ingela Enmarker, HiNT, avd Helsefag (prosjektleder)
- Enhetsleder Kirsten Svarliaunet, Overhalla kommune
- Fagleder Anita Ristad, akuttavdelingen Overhalla
- Førsteamanuensis Rose Mari Olsen, HiNT

Arbeidsgruppen har jobbet frem forslag til innhold og praktisk organisering av prosjektet. Det er holdt to møter i hele arbeidsgruppa samt et møte mellom prosjektleder, enhetsleder og fagutviklingssykepleier ved Overhalla sykehjem. I tillegg har prosjektleder under hele prosjektperioden hatt kontinuerlig kontakt med fagleder ved akuttavdelingen.

Studentdeltakelse

I forbindelse med videreutdanning i «Eldres helse og sykdom» ved HiNT, har sykepleierne Harriet Lindseth og Anne Britt Solli i 2012 skrevet en fordypningsoppgave på bakgrunn av deres intervju med pasienter utskrevet fra akuttavdelingen. I tillegg var de tilknyttet prosjektet for å gjennomføre intervju med pårørende. Dette er nå gjort. Harriet Lindseth og Anne Britt Solli, er for tiden studenter ved masterutdanning i Psykisk helsearbeid ved HiNT.

Involvering av ansatte

Gjennom prosjektet ble det lagt vekt på at faglig endringsarbeid skulle komme fra grasrota i organisasjonen – et såkalt «bottom-up» -perspektiv (se kapittel 2.3). Det ble derfor lagt til rette for at personalet gjennom refleksjon i fokusgrupper kunne identifisere aktuelle områder for forbedring, vurdere eksisterende praksis, samt utvikle forslag til mulige aksjoner/tiltak i samarbeid med forskerne. På denne måten kunne personalet få et eierforhold til utfordringene ved akuttavdelingen, samt ansvarsfølelse for tiltakene som de selv hadde sett behov for å iverksette.

1.4 Finansiering av prosjektet

Prosjektet har vært finansiert gjennom praksismidler fra samarbeidsorganet mellom HiNT og kommunene, samt gjennom strategiske midler i HiNT; Namdalsmidler. For år 2011 ble det innvilget 50.000 kr til forprosjekt fra Samarbeidsorganet mellom HiNT og kommunene. Fra Namdalmidler år 2012 kr 250.000, og kr 200.000 år 2014. Til medvirkning fra studentene i videreutdanning «Eldres helse og sykdom» ble det også innvilget 70 000 kr fra Praksismidler år 2012.

2 FAGLIG FORANKRING

2.1 Akuttavdelingen – i grenselandet mellom sykehus og sykehjem

For å markere at den aktuelle avdelingen for utprøving av akutt plasser ved Overhalla Sykehjem hadde et annet innhold enn de øvrige avdelingene på sykehjemmet, valgte kommunen å benevne avdelingen som *Akuttavdelingen* (Eidesmo, 2013). Avdelingens organisering og innhold impliserer at det er snakk om en såkalt intermediær avdeling. Begrepet «intermediær avdeling» viser i denne sammenheng til en tjeneste som befinner seg i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er rettet mot pasienter som er medisinsk stabile, men som er for ustabile til å bli ivaretatt av hjemmesykepleie eller i en ordinær sykehjemsavdeling.

Samtidig som sykehusene de siste tiårene har blitt mer spesialisert og effektivisert i retning av mer fokus på behandling og mindre fokus på pleie, har pleie- og omsorgstjenestene i kommunene blitt mer generalisert og fått tyngre og mer faglig krevende pasientgrupper (Kalseth, Midttun, Paulsen, & Nygård, 2004). Kortere liggetid og redusert antall liggedager i somatisk sykehus har ført til at oppgaver har blitt skjøvet over til kommunene, noe som igjen kan medføre et generelt økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Brevik, 2010). Samhandlingsreformen har også lagt opp til en slik oppgaveforskyvning, noe som blant annet gjenspeiles i større vekst i antall årsverk for kommunehelsetjenesten enn for spesialisthelsetjenesten i 2012 (Helsedirektoratet, 2013).

Hensikten med å utvikle intermediære avdelinger har vært å bygge bro mellom primær- og spesialisthelsetjenester for å fremme et kontinuerlig og integrert behandlingsforløp og redusert antall sykehusinnleggelses (Griffiths, Edwards, Forbes, & Harris, 2005; Plochg, Delnoij, van der Kruk, Janmaat, & Klazinga, 2005).

Modellen med intermediære avdelinger blir benyttet i flere land (Jeppesen, Brurberg, Lidal, Holte & Vist, 2011). På bakgrunn av en granskning av organisering og innhold i 10 intermediære enheter her i Norge, skisserer Møller og Flermoen (2010) fire ulike roller eller funksjoner hos intermediære enheter; forebyggende virksomhet (for å unngå innleggelses), forberedende behandling (før videre behandling på sykehus),

behandling, samt etterbehandling (etter sykehusopphold). Disse funksjonene er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer om at det kommunale tjenestetilbudet skal sikre at pasienter kan tilbys helsehjelp både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse.

Den «typiske» utskrivningsklare pasienten ved sykehus er over 70 år, som legges inn på grunn av en akutt sykdom eller forverring av kjent situasjon, og som ikke kan skrives ut til det omsorgsnivået hun/han ble lagt inn fra fordi funksjonsnivået er redusert (Seierstad, Holmeide, & Eimot, 2010). For eldre pasienter kan et opphold i en hektisk sykehusavdeling medføre en sterkt redusert ADL-funksjon (Covinsky et al., 2003) og akutt forvirring (Alvarez, Fernandez, Formiga, & Gomez, 2008). På den annen side kan et opphold i en ordinær sykehjemsavdeling med begrensede ressurser til rehabilitering medføre passivitet og dermed funksjonssvekkelse (Ang, Au, Yap, & Ee, 2006). Studier har vist at opphold på intermedieære avdelinger i sykehjem etter utskrivning fra sykehus kan fremme funksjonsevnen hos eldre (Abrahamsen, Hauglanda, Nilsen, & Ranhoff, 2014; Chen et al., 2010; Garåsen, Windspoll, & Johnsen, 2008; Griffiths et al., 2005). Et vellykket opphold i en intermedieær avdeling krever imidlertid at avdelingen har et minimum av sykepleiere og god faglig kompetanse for å kunne gi pasientene pleie og behandling av god kvalitet (Garåsen, Kaasa, Røssstad, & Broen, 2005; Plochg et al., 2005).

2.2 Pasient og pårørendes behov

1.2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Å bli tatt på alvor og behandlet med respekt fører til økt tillit og trygghet. Resultatet i en norsk studie der akuttpleie på en intermedieæravdeling i en sykeheim ble sammenlignet med tradisjonell pleie på sykehus, viste blant annet at samarbeidet og kommunikasjonen med hver enkelt pasient og hans/hennes pårørende reduserte antall reinnleggelser og økte uavhengigheten av kommunale tjenester med cirka to år etter utskrivelse (Garåsen et al., 2008). Small, Green, Spink, Forster og Young (2009) fant at personalet ved de intermedieære avdelingene i kommunene tok større hensyn til pasientenes og pårørendes erfaringer, var mer rettet mot omsorg for eldre pasienter,

og at de var bedre på å sosialisere pasientene og å involvere pårørende i behandlingen enn hva akuttpleie på sykehus var. Studien indikerte også at de pasientene som var innlagt på den intermediære avdelingen hadde større evne til å klare seg på egen hånd seks måneder etter utskrivelse.

1.2.2 Kvalitet og kontinuitet

Mens forskere verden over har uttrykt bekymring for en stadig fragmentering av helsetjenesten (Bodenheimer, 2008; Mur-Veeman, van Raak, & Paulus, 2008; Schoen et al., 2011), har det blitt et økt fokus på omsorgskontinuitetens betydning for å fremme helse, redusere antall sykehusinnleggelser, samt bedre utbytte og tilfredshet hos pasientene (Saultz & Lochner, 2005; van Servellen, Fongwa, & Mockus D'Errico, 2006; van Walraven, Oake, Jennings, & Forster, 2010; Worrall & Knight, 2006). Ikke minst har kontinuitetens betydning for eldre pasienter vært fremhevet (Coleman, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Waibel et al., 2012).

Her i Norge er kontinuitetsbegrepet hyppig brukt i helsepolitiske dokumenter, og ofte ses det brukt som et kriterium for god kvalitet. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015) (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), inngår begrepet som et av seks kriterier for god kvalitet: «*God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet*» (s.24). Videre understreker strategien helsepersonellens ansvar i forhold til kontinuitet: «*Samordning og kontinuitet forutsetter videre at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne*» (s.24).

Kontinuitet kan defineres som «*i den grad en serie av atskilte hendelser i helsetjenesten oppleves som sammenhengende, og i overensstemmelse med pasientens medisinske behov samt psykososiale situasjon*» (oversatt fra Haggerty et al., 2003, s. 1221). Procter (1995) gjør en forskjell mellom kontinuitet i pleie- og omsorgen og kontinuitet i personalet, og hevder at uten kontinuitet i personalet blir det ingen kontinuitet i pleie- og omsorgen.

2.3. Personalet i en omstillingsprosess

Med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble behovet for styrking av samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten satt i fokus. Noe av det mest essensielle med reformen var at kommunenes ansvarsområde skulle utvides. Dette innebærer blant annet at det skal bli lettere å motta helsehjelp lokalt, at tilbudet i kommunene skal bli mer omfattende, og at oppfølging av personer med kroniske og sammensatte lidelser skal bli bedre. Dette betyr at det trengs en styrking av kompetansen hos helsepersonellet i kommunene.

Reformen innebærer altså endring på ulike nivåer. Endringer kan være kulturelle, økonomiske, politiske og teknologiske. Men det omfatter også strukturelle endringer som handler om styring, arbeidsfordeling, kontroll og endring hos den enkelte persons holdninger, hensikter og oppfatninger (Alvesson & Svenningsson, 2008). Tid i prosessen er ytterligere et aspekt (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

For å lykkes med endring kreves god planlegging og gjennomføring. Beer og Nohrias' (2000) endringsteori, *top-down* og *bottom-up*, viser at i et endringsarbeid må organisasjonsstrukturen tilpasses arbeidsmåter og valg av strategier. Den vanligste måten er en top-down strategi, der ledelsen styrer uten medarbeidernes medvirkning. Kotter (1996) mener imidlertid at for å lykkes må de ansatte gis mulighet for å agere, og de må være overbevist om at forandring er nødvendig. Gruppen må være sammensveiset, medarbeiderne må dele de samme målene, de må være fornøyde (Foy, 1994), og de må forstå hvordan de må bidra for å nå organisasjonens mål (Blanchard, Carlos, & Randolph, 2001). Med det menes at medarbeiderne sammen med ledelsen tydeliggjør roller og mål som har mening for den enkelte ansatte.

For å lykkes med dette kreves tid, engasjement og utholdenhet. Angelöw (2010) hevder at til tross for all kunnskap om teoriene om endringsarbeid, så mislykkes mange organisasjoner med å implementere endringer. Virkeligheten framstår for vanskelig og kompleks. I likhet med Kotter (1996) anser han at medarbeidernes delaktighet er en viktig faktor i endringsarbeid. Dette beskrives ut fra begrepet empowerment.

Empowerment kan ha mange ulike betydninger, blant annet «*selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, medborgerskap, selvstyre, samarbeid og deltakelse*» (Askheim & Starrin, 2007, s. 9).

Blanchard et al. (2001) hevde at det finnes et strukturelt og et psykologisk aspekt av empowerment. Med det strukturelle aspektet menes at ledelsen delegerer makt knyttet til beslutningsprosesser. Deltakelsen refererer da den formelle beslutningsmyndighet som en ansatt kan ha (Spreitzer, 2008, s.55). Psykologisk empowerment fokuserer i stedet på individenes oppfatning av sitt arbeid og rolle. Spreitzer argumenterer for at en organisasjon må forstå begge deler for å ha mulighet til å oppnå sann empowerment. Lashley (2001) hevder at en organisasjon i seg selv ikke kan være empowered, men at det er de ansatte som må være empowered. Dette betyr at det er de ansatte som virkeliggjør empowermentkulturen (Foy, 1994).

«Empowerment er helt enkelt det å få makt til å få sin stemme hørt, og å bidra til planer gjennom å få anvende sine arbeidserfaringer for å forbedre sin prestasjon. Gjennom dette vil også organisasjonens prestasjon forbedres»

(Fri oversettelse fra Foy, 1994, s. 5)

Flere studier som er gjort i forhold til omorganiseringsprosesser i helsetjenesten viser at involvering, aktiv deltagelse og opplevelse av innflytelse bidrar til at en planlagt organisasjonsendring lykkes. Nielsen, Yarker, Brenner, Randall og Borg (2008) viser i deres studie at det er en sammenheng mellom involvering og tilfredshet i jobben. De hevder det er tre faktorer som har betydning i endringsprosesser i organisasjonen: innflytelse, involvering og meningsfullt arbeid. Dersom det er manglende involvering og informasjon i endringsprosesser, aktiverer dette utrygghet og stress hos de ansatte i organisasjonen.

3 Metode

For å kunne nå målene for prosjektet (se kapittel 1.2), var det behov for et forskningsdesign som tillot bruk av ulike forskningsmetoder og tilnærminger. Samtidig som en ønsket at forskningsopplegget skulle resultere i ny kunnskap om erfaringer og opplevde utfordringer i bruken av akuttsteder, var det også ønskelig å bidra til lærings- og endringsprosesser som kunne heve kvaliteten på tjenestetilbudet. Jf. mandatet gitt av Midtre Namdal Samkommune var oppdraget for prosjektet definert som *følgeforskning*. Med dette som utgangspunkt, har vi i hovedsak lagt prinsippene i følgeforskningen til grunn for prosjektet, men samtidig inkludert elementer fra aksjonsforskning der vi har funnet dette hensiktsmessig.

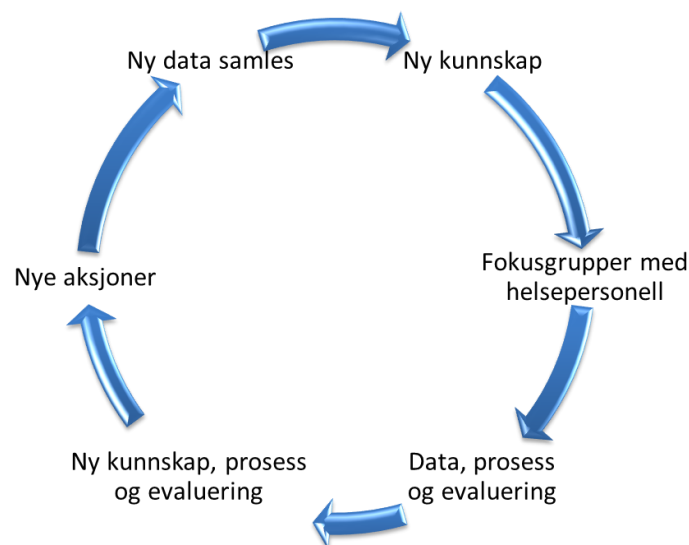
3.1 Design

Aksjonsforskning og følgeforskning har sine røtter i evalueringsforskningen, en forskningstradisjon som i sin klassiske form i stor grad var positivistisk orientert. Opprinnelig hadde en innenfor evalueringsforskningen hovedfokuset på kvantitative data og kontroll av måloppnåelse og effekt, det vil si *summativ* evaluering. Etter hvert vokste det fram evalueringsformer som også vektla sosiale prosesser og endringer i organisasjonen, såkalt *formativ* evaluering. Aksjonsforskning befinner seg innenfor denne siste evalueringsformen, og kan spores tilbake til den amerikanske sosiologen Kurt Lewins arbeid på 1940-tallet (Holter & Schwaarts-Barcott, 1993). Lewin ønsket å utvikle en forskningsmetode som ikke bare skulle bidra til å øke kunnskap generelt, men også føre til faktiske sosiale endringer for de mennesker forskningen angikk (Lewin, 1946). Aksjonsforskning beskriver en hel familie av metoder og tilnærminger til deltakende forskningsdesign som bygger på erfaring, er aksjonsorientert og integrerer ulike kunnskaper og praksis (Reason & Bradbury, 2001).

Aksjonsforskningen har en annen kunnskapsteoretisk basis enn den tradisjonelle vitenskap, i og med at den sikter mot å skape kunnskap som oppfattes som nyttig i forhold til å hjelpe mennesker til å handle mer begrunnet og dyktig (Hummelvoll, 2006). Sentralt står vektleggingen av reelle og praktiske problemstillinger i et sosialt system (jf. Lewin, 1946). Hovedmålet er å skape praktisk kunnskap som er anvendbar for

mennesker i deres hverdag gjennom nye forståelsesmåter. Dette gjøres ved å koble sammen aksjon og refleksjon, samt teori og praksis i jakten på praktiske løsninger.

I følge McNiff og Whitehead (2006) er selve forskningsprosessen i aksjonsforskning syklisk: man identifiserer områder som skal undersøkes, planlegger, intervenserer, evaluerer virkninger, reviderer opplegget og planlegger på nytt med ny aksjon osv (se Figur 1). Dette skjer i en demokratisk prosess mellom forsker og praktiker, hvor det legges vekt på å skape et samarbeidsorientert forhold som «bemyndiger» praktikerens oppmuntrer til utvikling og endring, og som samtidig øker praktikerens evne til å være selvgranskende og kritisk til egen praksis. Et viktig mål i denne sammenheng, er kritisk refleksjon over egen praksis for å kunne oppdage egne og organisasjonens underliggende antagelser og verdier for dermed å kunne endre praksis kontinuerlig. Det innebærer at man prøver med hensikt å forandre sin virksomhet i en spesiell retning, samtidig som man underveis skaffer seg kunnskap om hvordan denne forandringen skjer og hva som skjer under arbeidets gang (Baumfield, Hall, & Vall, 2008; McNiff, 2010). Ettersom forandrings- og læreprosessen skal vedlikeholde seg selv i de virksomhetene som forskningen foregår i, må deltakerne derfor være medforskere i forskningsarbeidet. Dette innebærer blant annet at de problemstillingene aksjonsforskningsprosjektet søker å besvare må defineres i samarbeid mellom forsker og de praktikerne som deltar i prosjektet (Coghlan & Cassey, 2001). Ingen praksis er den andre lik, men resultatene er likevel viktige ettersom de tjener som referanse til eget arbeid og kan overføres til lignende kontekster (Rönnerman, 2004).



Figur 1. Aksjons - refleksjonssirkel (Fritt etter McNiff & Whitehead, 2006)

Aksjonsforskning har blitt kritisert for ikke å tilfredsstillere de vitenskapelige krav til objektivitet som er vanlig i tradisjonell forskning. Som svar på kritikken, ble det utviklet seg en ny tradisjon, *følgeforskning*, som har som mål å integrere summativ og formativ evaluering og samtidig benytte læringsstrategier fra aksjonsforskning (Finne, Levin og Nilsen, 1995). Følgeforskning befinner seg i en posisjon mellom den objektive observatøren i tråd med det tradisjonelle forskningsidealet og rollen som dominerende endringsagent i aksjonsforskning. Dette skjer ved at forskeren tilfører organisasjonen kunnskap for å stimulere til læring og samtidig unngår å bli dratt inn i selve problemløsningen (Lindøe, Mikkelsen, & Olsen, 2002).

I aksjonsforskning er kunnskap og aksjon uatskillelig, hvor meninger konstrueres i en samspillprosess mellom deltakerne (Reason & Bradbury, 2001). Til en viss grad vil en også innen følgeforskning åpne for at kunnskap kan konstrueres i form av narrativer og meninger gjennom dialog, men da er det ingen forutsetning at forskeren må være en aktiv deltaker. Det er heller ikke noe mål i seg selv å skape endring gjennom aksjoner. Deltakelse i eventuelle intervensjoner er i all hovedsak en metode for innsamling av informasjon, i likhet med bruk av passive observasjoner, standardisert datainnsamling og dokumentanalyse (Olsen & Lindøe, 2004). Gyldigheten av denne kunnskapen avhenger ikke av hvorvidt ønskede aksjoner er vellykket eller ikke, men måles heller i forhold til teori, gjeldende praksis andre steder, og erfaringer skapt gjennom intervensjonene. I følge Olsen og Lindøe (2004) ligger styrken til følgeforskningen i den fleksible bruken av kunnskap innsamlet gjennom deltakelse og dialog, i kombinasjon med kunnskap ervervet og tolket gjennom tradisjonell forskningsmetode. Men for å få den nødvendige distansen til intervensjonene, må forskeren veksle mellom å være aktiv og passiv i ulike faser av prosjektet, se Tabell 1.

Tabell 1: Faser og roller i følgeforskningsprosessen (fritt oversatt fra Olsen & Lindøe, 2004)

Faser	Prosjekteiernes roller	Forskernes roller
Planlegge intervensjon	Aktiv	Mulig aktiv
Planlegge evaluering	Aktiv	Aktiv
Implementere intervensjon	Aktiv	Passiv
Fortløpende evaluering og overvåking	Aktiv	Aktiv
Justering av intervensjon	Aktiv	Passiv
Oppsummerende evaluering	Passiv	Aktiv

Rollefordelingen mellom forskere og praktikere for dette prosjektet har vært tilnærmet lik den i tabellen ovenfor. Det er lagt vekt på både en formativ evaluering med sikte på å stimulere til læring i personalgruppen underveis, samt en summativ evaluering med sikte på å kartlegge erfaringer og opplevde utfordringer i bruken av akutt plasser blant både personale, pasienter og pårørende.

3.2 Kontekst

Som nevnt utgjør dette prosjektet følgeforskning av prosjektet *UP-8 Akuttplasser i sykehjem*, hvor hensikten var å prøve ut en kommunal behandlingsenhet – akuttavdeling – i Overhalla kommune. Akuttavdelingen åpnet for det aktuelle pasientklientellet i mai 2011, og er lokalisert ved Overhalla sykehjem. Ved sykehjemmet er det i tillegg én langtidsavdeling (21 plasser) og én avdeling for personer med demens (12 plasser). Akuttavdelingen har 6 plasser til rådighet som brukes fleksibelt til følgende pasientgrupper: utskrivningsklare pasienter fra sykehus, kommunalt akutt døgntilbud og korttidsplasser (avlastning, lindrende behandling, rehabilitering). I tillegg har avdelingen et rom beregnet til mottak av dagpasienter, og her gis behandlingstilbud som sårskift, smertebehandling, væskebehandling, oksygenbehandling, kateterisering, injeksjoner og blod-transfusjoner.

Jf. bemanningsplan skal avdelingen bemannes med to sykepleiere på hverdager, samt en sykepleier og en sykepleierstudent på helg (Eidesmo, 2013). I alt seks sykepleiere er ansatte ved akuttavdelingen, og disse jobber kun dag- og aftenvakter. I perioder med lite belegg ved akuttavdelingen jobber disse sykepleierne ved andre avdelinger ved sykeheimen. På natt er akuttavdelingen bemannet av nattevakter som har ansvar for alle avdelingene ved sykehjemmet. Både sykepleiere og hjelpepleiere inngår i bemanningen på natt.

Avdelingen har legevisitt alle hverdager. Ved behov for lege på kveld, natt og helg, kontakter sykepleier legevakt. Til akuttavdelingen er det også tilknyttet en fysioterapeut som gir behandling til inneliggende pasienter.

3.3 Datainnsamling

Det ble gjennomført face-to-face intervju (Patton, 2002) av pasienter, telefonintervju (Befring, 2002) med pårørende, samt fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2009) med pleiepersonale. Hensikten med samtlige intervjuer var å få en dypere innsikt og forståelse for erfaringene og opplevelsene med bruken av akuttavdelingen. I tillegg var det et mål at personalet gjennom refleksjon i fokusgruppene kunne identifisere aktuelle områder for forbedring, vurdere eksisterende praksis, samt utvikle forslag til mulige aksjoner/tiltak i samarbeid med forskerne.

3.3.1 Individuelle intervju med pasienter og pårørende

For å utforske pasient og pårørendes opplevelse og erfaringer av tilbudet ved akuttavdelingen, ble det gjort individuelle intervjuer. Det ble utarbeidet en intervjuguide bestående av følgende områder: opplevd sikkerhet og trygghet, tilfredshet og fornøydhhet, klager og uheldige hendelser.

Pasientintervjuene ble gjennomført etter utskrivning fra akuttavdelingen. Forespørselen skjedde ved pasientens utskrivelse. Dette av hensyn til pasientens sykdom samt for å forhindre at pasienten skulle føle seg presset til å delta. Muntlig og skriftlig forespørsel ble videreformidlet fra enhetslederen til pasienter som hadde samtykkekompetanse. Innhenting av samtykke skjedde senest i forbindelse med intervjuet. Intervjuet ble foretatt i deltagerens eget hjem og varte 30-60 minutter. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert. Deltakerne ble informert om at lydopptaket skulle bli slettet etter transkribering.

Det var åtte pasienter som ble invitert. Av disse gav syv pasienter (6 kvinner og 1 mann) sitt samtykke til å delta. De var i alderen 79-89 år og hadde vært innlagt på avdelingen innenfor tidsrommet januar 2012 – mai 2013. Pasientene hadde blitt behandlet 1-4 uker. Alle var blitt utskrevet til heimen og var kognitivt friske. En bodde sammen med sin ektefelle, mens de øvrige var enker/enkemenn og bodde alene.

Samtlige pårørende som ble forespurt om å delta samtykket, i 3 kvinner og 5 menn (tre døtre, fire sønner og en ektefelle). Det er ikke kjent om de pårørende hadde noen

kobling til de intervjuede pasientene. Det ble i løpet av våren 2013 gjort telefonintervjuer, med en varighet på 20-30 minutter. Innhenting av samtykke skjedde senest i forbindelse med intervjuet. Befring (2002) mener at telefonintervjuet er like godt som face-to-face intervjuet, når det gjelder troverdighet og pålitelighet.

3.3.2 Fokusgruppeintervju med personale

I perioden mars 2012 til januar 2014 ble det gjennomført fokusgruppeintervju med personale ansatt ved akuttavdelingen samt personale ansatt i nattevaktstillinger ved Overhalla sykehjem. I følge Polit & Beck (2008) kan fokusgruppemetoden anvendes for å studere gruppemedlemmenes hensikter, holdninger, tanker, oppfatninger og argumentasjoner. Det at deltakerne får anledning til å sammenligne hverandres syn og erfaringer vil kunne gi en rikere forståelse, og fokusgruppeintervju er da også spesielt godt egnet når hensikten er å få mer kunnskap om sosialpsykologiske faktorer (Kitzinger, 1995). Gjennom refleksjon i fokusgrupper kunne personalet identifisere aktuelle områder for forbedring, vurdere eksisterende praksis, samt utvikle forslag til mulige aksjoner/tiltak i samarbeid med forskerne.

Skriftlig forespørsel om deltakelse ble videreformidlet gjennom fagleder ved akuttavdelingen og fagleder på natt. Dag og tidspunkt for intervjuene ble satt av faglederne ut fra turnus og bemanningssituasjonen på akuttavdelingen. I alt 16 fra pleiepersonalet (6 dagpersonale og 10 nattpersonale) deltok ved til sammen 8 fokusgruppeintervju. Tre av fokusgruppene bestod av kun dagpersonale, to kun med nattpersonale, og de tre siste fokusgruppene inkluderte både dag- og nattpersonale samlet. Antall deltakere i fokusgruppene varierte mellom 3 til 9.

Det gis ulike anbefalinger med hensyn til antall deltakere i fokusgrupper. Krueger og Casey (2009) anbefaler fra 6 – 8 deltakere, maks 10 deltakere. Imidlertid anbefales at en kan gjennomføre med større antall dersom gruppene er homogene (Polit & Beck, 2008). Imidlertid kan det være hensiktsmessig å sette sammen mindre grupper når intervjuet består av spesialisert personell og der hensikten er å gå i dybden for å oppnå innsikt (Krueger & Casey, 2009).

I tråd med Krueger og Casey (2009) sine anbefalinger ble alle fokusgruppeintervjuene gjennomført ved bruk av en moderator og en assistent. Moderator (prosjektleder) ledet diskusjonen, oppmuntret til åpen samtale, og prøvde å involvere alle deltakerne. Assistenten (prosjektmedarbeider) gjorde notater og ga muntlige oppsummeringer midtveis og på slutten av intervjuet. Deltakerne ble invitert til å legge til eller korrigere disse oppsummeringene, og dette materialet ble videre anvendt som validering i dataanalysen. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i henhold til Krueger og Casey (2009) sine anbefalinger om å starte med enkle åpningsspørsmål som har til hensikt å gjøre deltakerne komfortable med situasjonen, for så suksessivt å nærme seg nøkkelspørsmålene. De skisserer følgende oppbygging: åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål og avslutningsspørsmål. Som utgangspunkt for hver av gruppediskusjonene ble det anvendt en guide som initialt ble utviklet på bakgrunn av en gjennomgang av relevant litteratur, klinisk kunnskap til feltet, samt prosjektets målsettinger. Med utgangspunkt fra foregående fokusgruppeintervju var guiden stadig under revidering, men hovedpunkter i guiden inkluderte områdene: innhold i tilbudet, oppgave- og ansvarsfordeling, informasjonsflyt og samhandling, samarbeid, motivasjon, forbedring av dagens praksis. Hvert fokusgruppeintervju varte omlag 1 ½ time, og det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert.

I tillegg til ovenstående deltakere det gjennomført intervjuer med to leger og to ledere. Med hensyn til konfidensialitet har resultatet fra disse intervjuet kun blitt brukt som validering av våre data.

3.4 Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett, og videre ble intervjuetekstene gjenstand for en manifest innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004). For å validere teksten og for å få et helhetlig bilde av datamaterialet, ble teksten i sin helhet først lest gjennom samtidig som en lyttet til lydopptaket. Deretter ble teksten sortert i ulike innholdsområder. Videre ble teksten delt inn i meningsenheter som ble kondensert og merket med en kode. Kodene ble sammenlignet for likheter og forskjeller, og til slutt ble kategorier med tilhørende sub-kategorier konstruert.

Intervjuerne med pasientene bygger for en stor del på Harriet Lindset og Anne-Britt Solli sine analyser til deres fordypningsoppgave i videreutdanningen «Eldres helse og sykdom» ved HiNT, der prosjektlederen var veileder. Datamateriale fra intervjuene med pårørende, leger og ledelse ble analysert av prosjektlederen, men resultatet ble diskutert med prosjektmedarbeideren.

Når det gjelder personalintervjuene, ble oppsummeringene fra fokusgruppene anvendt i datavalideringen. Prosjektlederen leste den transkriberte teksten for å verifisere temaer og undertemaer. Prosjektmedarbeideren leste intervjumaterialet og dets analyse for å sjekke troverdighet og diskutere mulige tolkninger inntil konsensus ble nådd (Patton, 2002). Personalet ble involvert i valideringen av analyseresultat ved at fortolkninger og foreløpige resultater ble presentert i fokusgruppene.

3.5 Etiske betraktninger

Søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble gjort initialt, og her ble det avklart at prosjektet kunne gjennomføres uten deres godkjenning (REK sak 2012/150a). Prosjektet er gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2008). Informert samtykke ble innhentet fra alle deltakere. En forutsetning for deltakelse var at alle informanter skulle ha samtykkekompetanse. For pasientene ble denne kompetansen vurdert av sykepleiere som hadde kjennskap til pasientene.

Som nevnt i kapittel 1.2 har et av prosjektets mål vært å skape aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet. En «aksjon» må i den henseende sees på som tiltak som har til hensikt å skape *endring* i feltet (jf. prinsipper for aksjonsforskning beskrevet i 3.1). Dette innebærer at både brukere og ansatte ved akuttavdelingen automatisk kunne bli utsatt for ulike endringer underveis i prosjektet etter hvert som nye aksjoner ble iverksatt. En aksjonsforskningsstudie krever derfor en grundig etisk refleksjon gjennom hele studien (Löfman, Pelkonen & Pietilä, 2004). Et viktig forhold her er eierskap til aksjonene. I dette prosjektet var det helsepersonellet som eide problemstillingene og valg av aktuelle tiltak for kvalitetsforbedring, mens forskerne var mer «outside» og kunne bidra i refleksjon, planlegging og evaluering av prosjektet.

4 RESULTAT

Studiens resultater vil her presenteres ut fra analysen av intervjuene. Først presenteres resultat fra intervju med pasientene, deretter resultat fra intervju med pårørende, og til sist resultat fra fokusgruppeintervjuene med de ansatte. Avslutningsvis kommer en redegjørelse for de aksjoner som har vokst frem hos de ansatte gjennom refleksjon og dialog med forskerne i fokusgruppeintervjuene.

4.1 Pasientenes opplevde erfaringer og utfordringer

I analysene av intervjuene fremkom to kategorier; *Trygghet vs. utrygghet* og *Brukermedvirkning*.

4.1.1 Trygghet vs. utrygghet

Gjennom intervjuene med pasientene kom det fram at de i hovedsak satt igjen med en følelse av tillit og trivsel etter oppholdet på akuttavdelingen. De følte seg godt ivaretatt og så ikke mørkt på et nytt oppholdt.

Betydningen av lokalmiljøet

Flere informanter syntes at det var veldig godt å få komme på en plass de var kjent med. En plass der de kjente pleierne og de andre pasientene.

Majoriteten av informantene kjente en eller flere av pleiepersonalet på avdelingen. Dette utgjorde en viktig faktor for dem for økt trivsel på avdelingen. Det bidro også til at de kjente seg tryggere på at de fikk den behandlingen de skulle ha. Noen i personalet hadde vært hjemme hos informanten i rollen som hjemmesykepleier, hvilket bidro til tryggheten. Det følte trygt når personalet kjente dem godt og de følte at de kunne spørre mer. Noen påpekte at det var godt å få prate om andre ting enn bare sykdom og behandling. Med dem hun kjente fra før kunne hun prate om slekt og naboer, og dette bidro til at hun fikk tankene på noe annet.

De som hadde vært innom her hjemme. Jeg syntes jeg var mer kjent, og følte at jeg kunne spørre mer. ... det er jo hyggelig å treffe noen du kjenner. Det er nå det. Det levde jeg på en stund.

De fremhevet også dette med at det var greit å kjenne de som var innlagt samtidig. Da var det mer de kunne prate om.

Ja, det er klart det. Å få komme på en plass der jeg kjente alle, det var greit.

Oppfølging fra personalet

Pasientene følte at personalet hadde god kontroll på den tilstanden de var i. De ble nøye fulgt opp, med både prøver og spørsmål, og følte seg trygge på at de fikk den behandlingen de skulle ha.

Jeg ble fulgt godt med. Jeg hadde hatt mye plager med brystet. Har KOLS og hadde lungebetennelse jeg slet med.

Alle informantene var svært fornøyd med legetilsynet på avdelingen, også om de kanskje ikke så dem så ofte. Alle hadde tilsyn av både turnuslege og tilsynslegen på sykehjemmet, og de følte seg godt ivaretatt og var trygge på at de fikk god behandling.

Legen var jo så grei og. De var så greie begge to.

... jeg så dem (legene) så sjelden.

Akuttavdeling vs. sykehus

En av informantene hadde vært mye inn og ut av sykehuset, særlig de senere årene, mens de andre kun hadde vært inne sporadisk eller ikke på mange år. Majoriteten anså at de var like trygge og fikk god behandling på akuttavdelingen som de kunne få på sykehuset.

En pasient opplevde at personalet på sykehuset hadde så travelt, de hadde ikke mye tid til prat. Det måtte gå så fort alt, og hun følte ikke hun kunne ringe på å spørre like mye. På akuttavdelingen så hadde de bedre tid til å prate med hver enkelt, og ble bedre kjent med de som arbeidet der. Dette bidro til at hun hadde større tillit til dem, selv om de var dyktige de som arbeidet på sykehuset også.

Ja, det er det. På sykehuset løper de mer, og det må gå fort. De har det da travelt, så det er greit det, men ... Det er ikke så mye prat og slikt nei.

En annen av informantene syntes at han følte seg tryggere på medisinalutdelingen på sykehuset enn på akuttavdelingen. Det at det var bare en som hadde ansvar for utdelingen, «pillarguri», som de kalte henne. Han syntes det så mer tilfeldig og rotete ut på akuttavdelingen, og flere kunne ha ansvar for medisinalutdelingen, og for han følte dette mer utrygt.

... Det er flere som holder på med det. På sykehuset var det ei som hadde ansvar. Hvor hun hentet pillene, vet ikke jeg, men hun kom med en stor kasse ut og delte ut tablettene. Nei, det er ikke noe galt i det.

Ytterligere en informant hadde en dårlig opplevelse med legene på sykehuset under utredningen før innleggelsen. Det var rotete informasjon og dokumentasjon. Derfor syntes hun at det var trygt å komme til sin egen fastlege.

Jeg følte meg ikke så trygg på sykehuset, nei, når en lege kom inn og sa at jeg hadde brudd, mens den andre sa at jeg ikke hadde brudd. Det var litt kjedelig. Og så kom det beskjed til legen at det var høyre benet, men så var det venstre benet, så nei.

4.1.2 Brukermedvirkning

Pasientene hadde blitt innlagt av enten fastlegen eller legevakt. Ingen hadde fått noen form for informasjon om akuttavdelingen fra innlegger. *Nei, det ble bestemt litt fort. Så det ble ikke slik.*

Tre av informantene kunne fortelle at de fikk selv bestemme hvor mye hjelp de ville ha, og når de ønsket den hjelpen. En informant følte det bare var å «jatte» med:

... jeg spurte jo ... Det var jeg som kjente hva jeg orket å gjøre. ... Medisinen kunne jeg ikke legge meg i, for det vet de mer om. Men det mer kunne vi jo ha diskutert. He, he ... nei, jeg har ikke noe å klage for nei. Det hadde blitt galt, ja ... de brukte den tiden de trengte på oss alle sammen. Så når turen kom, så kom de til meg.

De sju informantene følte at de ble godt inkludert i utskrivelsesprosessen. De følte seg klare for hjemreise da dagen kom, selv om de kanskje var litt spente dagene i forveien. Den ene pasienten fortalte at hjemreisen ble godt planlagt, men at hun ønsket å reise hjem tidligere enn det avdelingen hadde planlagt. Det fikk hun imidlertid ikke av legen.

Men det var en helg jeg tenkte jeg skulle reise hjem, men da nektet legen meg å reise hjem. Så det var rett av han, for jeg var ikke bra. Det var lungebetennelsen som var problemet. Men jeg fikk hjem en liten tur den lørdagen, sånn at jeg kunne få ordnet med litt klær og forskjellig.

En informant fortalte at det ble planlagt hjemreise på en fredag, men at hun spurte om hun kunne være der til mandag, da hun skulle tilbake for å ta nye blodprøver. Dette fikk hun lov til. Da slapp hun en ekstra reise frem og tilbake, og dette satte hun stor pris på. Også de andre fortalte at de hadde vært med på å bestemme hvilken dag de skulle reise hjem på.

De sa jo ikke annet enn at ... jeg forsto det slik at jeg skulle få være der og at det ikke var noe ... Så jeg var der ... Jeg skulle reise hjem den fredagen, og da hadde jeg vært der i en måned. Men så spurte jeg om jeg fikk være der over helgen, fordi jeg skulle tilbake å ta prøver den mandagen etter og da var det vanskelig å komme seg dit og tilbake. Og det fikk jeg.

Informasjon fra personalet

De anså at personalet på avdelingen tok hensyn til fysisk og psykisk tilstand i formidling av informasjon de utleverte. Dette gjaldt både informasjon om avdelingen, innkomstrutiner og informasjon angående behandlingen underveis i oppholdet.

Det fikk jeg litt etter hvert. Ja ... De tok det i mitt tempo, slik at det ikke ble for mye.

Majoriteten mente at informasjonen som ble gitt var forståelig, mens den siste mente det var litt for mye medisinske uttrykk. En informant var litt usikker på hva hun fikk med seg av informasjonen som ble gitt, da hun var veldig syk den første tiden hun var der. Hun syntes allikevel at de var dyktige til å fordele informasjonen slik at det ikke ble for mye på en gang.

Jeg forstod hva de mente. Det var veldig greit der, ja ... Det blir brukt så mye fremmedord. Jeg er ikke noen lege heller, da.

Men personalet kunne bli flinkere å snakke om det som hørte til sykdommen.

Jeg følte også at pleierne var veldig dyktige på den vanlige hverdagssamtalen, praten om de dagligdagse tingene, men at de ikke hadde så mye av 'pasient'-samtalene. De faglige samtalene om hvordan jeg som pasient hadde det, ... om noe angående min helsetilstand, annet enn blodprøver og diverse prøver som ble tatt av meg.

4.2 Pårørendes opplevde erfaringer og utfordringer

Det varierte i hvilken grad pårørende hadde kjennskap til akuttavdelingen i forkant av pasientens innleggelse. Mens ingen av sønnene kjente til tjenestetilbudet på forhånd ... *Visste ingenting om at det var et nytt konsept som het akutt plasser*, hadde alle døtrene fått informasjonen via aviser, Face-book, gjennom «jungeltelegrafen» på bygda, eller via kontakt med sykeheimen i forkant. Analysen av intervjuene resulterte i tre kategorier: *Brukermedvirkning, Tilgjengelighet, Trygghet og tillit.*

4.2.1 Brukermedvirkning

Samtlige pårørende hadde blitt positivt møtt og godt ivaretatt av personalet både da de hadde ringt eller vært på besøk. Noen sammenlignet det med opphold på et større sykehus der personalet var *vanskelige å få kontakt med.*

*Spurte man om noe fikk man svar.
Jeg ble møtt med omsorg og forståelighet.*

Man beskrev også at det mange ganger var små ting i hvordan man ble møtt som var av betydning. Personalet var lydhøre.

Jeg var veldig sårbar ... en liten ting de (personalet) hjalp meg med den gangen ... det betydde så uendelig mye.

At også barnebarn var velkommen på avdelingen satte de stor pris på, *de får gode opplevelser av sykeheimen.* Alle syntes det var trivelig å komme og hilse på sin syke pårørende på avdelingen.

4.2.2 Tilgjengelighet

Betydningen av lokalmiljøet

At det var mye kjentfolk blant personalet og andre pasienter så de pårørende som noe positiv. Dette var bra for både de selv og deres pårørende som da fikk selskap. De anså at det var en mindre belastning for både de selv og deres syke pårørende.

Besparende å være på akuttavdelingen kontra å være på sykehuset.

Akuttavdelingen ble en redning for en dårlig pårørende da hun selv ikke hadde anledning å kunne ta hånd om sin foreldre.

Få en fort innleggelse og behandling. Ikke bare et oppbevaringssted.

Reisetiden

De intervjuede pårørende mente kortere avstand til besøket var verdifullt. Man kunne nå komme og hilse på oftere.

Et enklere og nærrere tilbud enn å måtte reise til på sykehuset.

4.2.3 Trygghet og tillit

Inntrykket blant de pårørende var at personalet hadde god tid til å gi god omsorg og behandling. Dette opplevdes trygt for dem. Når den syke ektefelle/mamma/pappa trivdes, ble tryggheten og tilliten god hos den pårørende. Begrensninger som kunne ses var fremfor alt legebemannning, men også bedre samkjøring mellom sykepleierne var ønskelig slik at de ikke lovte noe de ikke kunde holde.

Ønskelig med større legedekning.

Ikke skape falske forventninger, for eksempel om lengre opphold.

4.3 Personalets opplevde erfaringer og utfordringer

Analysen resulterte i fem kategorier som beskriver personalets opplevde erfaringer og utfordringer relatert til arbeidet ved akuttavdelingen: *Samarbeid, Dokumentasjon og informasjonsutveksling, Organisatoriske rammer, Kunnskap, og Pasienter*. Informantenes opplevelser relatert til det å være deltakere i fokusgruppeintervju blir presentert i kapittel 4.4. sammen med en redegjørelse for aksjoner som ble skapt underveis.

4.3.1 Samarbeid

I all hovedsak ga personalet uttrykk for at de som var involvert i tjenestetilbudet ved akuttavdelingen samarbeidet bra. Særlig godt fornøyd virket dagpersonalet med samarbeidet de hadde seg imellom, og dette ga seg også uttrykk i høy trivsel i arbeidshverdagen: «*Jeg gleder meg til hver dag jeg skal på jobb, jeg*», som en av informantene sa. Et godt samarbeidsklima ble også koblet til det å føle seg trygg på hverandre. Trygghetsfølelsen ga dem igjen mot til å innrømme kunnskapsmangel og be om hjelp i situasjoner de følte seg usikre. I fokusgruppeintervjuene hadde de flere refleksjoner over hvorfor det fungerte så godt dem imellom:

(Inf. dag) Jeg tror det er veldig heldig at vi er såpass få i denne gruppa. Det er enklere å samarbeide.

(Inf. dag) Ja, og når vi er så få, så må en være enda mer innstilt på å gi og ta.

(Inf. dag) Og det at vi har store stillingsandeler er også bra, for vi får mer oversikt og det blir mer kontinuitet i det vi holder på med.

En annen informant ga uttrykk for at mye av grunnlaget for et godt samarbeid ble lagt allerede ved oppstarten av avdelingen:

(Inf. dag) En annen ting som var veldig positivt tror jeg, det var jo at vi stort sett alle sammen begynte å jobbe her i løpet av det første halvåret avdelingen hadde åpnet. Og da fikk vi på en måte anledning til å danne noe nytt noe, som ikke var fastgrodd i rutiner. Og det, i og med at vi var så få også, så synes jeg miljøet her blir bra.

Det å ha et godt samarbeid var for dagpersonalet ikke ensbetydende med at de hele tiden skulle være enige. Tryggheten i gruppa ga stor «takhøyde», og derfor kjentes det greit å si i fra dersom en var uenig i noe. Faglige diskusjoner hadde de jevnlig. Imidlertid var de opptatt av at alle skulle stille seg bak de beslutningene som ble tatt. En informant sa det slik:

(Inf. dag) Og er vi ikke enige, så blir vi enige, og så mener vi det samme utad. Det er litt greit å være lojal til det gruppa har bestemt seg for. Diskusjoner har jeg vært med på, og det er bra. Det er et gode, det er sånn en utvikler seg videre.

Gjennom en arbeidshverdag var det mange personer og instanser å forholde seg til og samarbeide med for dagpersonalet. De som ble nevnt under fokusgruppeintervjuene var; fysioterapeut, ergoterapeut, fagutviklingssykepleier, fastlege, turnuslege, psykiatrisk sykepleier, kjøkken, renholdere, vaktmester og dagsenter, apotek, hjemmesykepleien, ledelsen, øvrige avdelinger, samt personalet på natt. Av disse var det lege, fysioterapeut og ergoterapeut de samarbeidet tettest med i forhold til behandling og rehabilitering av pasientene på avdelingen.

Dagpersonalet framhevet betydningen av et godt samarbeid med lege. En jevnlig oppfølging gjennom daglige legevisitter ga dem faglig trygghet, noe som igjen medførte at de var motivert til å ta på seg nye og faglig utfordrende oppgaver. Legen ble oppfattet som hjelpsom og tilgjengelig også utenfor visittiden:

(Inf. dag) Han (legen) er veldig hjelpsom og tilgjengelig for oss. Vi kan ringe ham også på legekantoret.

(Inf. dag) Ja, og det har jo også hendt at vi har ringt ham på fritiden, for det har han sagt at vi kan gjøre.

(Inf. dag) Han bruker å si det; Bare ring dersom det er noe!

(Inf. dag) Det gjelder jo først og fremst de kompliserte tilfellene, de pasientene han kjenner godt.

(Inf. dag) Vi har jo ringt ham sjelden på privaten, da, men det gir en trygghet å vite at muligheten er der.

I det første fokusgruppeintervjuet med nattpersonalet fremkom det at prosessen med å bygge opp det nye tilbudet ved akuttavdelingen kun hadde involvert dagpersonalet. Nattpersonalet hadde ikke fått anledning til å delta på samarbeidsmøter om

pasientene, og det var heller ingen formelle kontaktpunkt mellom dag- og nattpersonalet utover det som var ved vaktskifter morgen og kveld. Fagleder natt deltok på faste møter sammen de andre faglederne ved sykehjemmet. Imidlertid favnet disse møtene hele sykehjemmet, og de ble derfor ikke oppfattet som arena for samarbeid konkret mellom dagpersonalet på akuttavdelingen og nattpersonalet.

Utover i prosjektet deltok dag- og nattpersonale i flere felles fokusgruppeintervju. Selv om disse møtene ikke ga rom for å diskutere pasienter og faglige problemstillinger, ga informantene uttrykk for at treffpunktene bidro til et sterkere fellesskap:

(Inf. dag) Det har blitt mer fokus på at vi er EN gjeng, og ikke «de på natt» og «vi på dag». Jeg vet ikke jeg, men føler dere at dere er mer inkludert?

(Inf. natt) Ja, ja, det synes jeg virkelig.

(Inf. natt) Jeg opplever at det ikke lenger er slik at det er en selvfølge at vi er der, men at vi er dratt inn mer, at vi er mer på lag. Tidligere har det jo gjerne vært slik at det å være nattevakt, det har vært betydd at: «Disse pasientene skal du passe på i natt, det er jobben din» (latter) Men sånn synes jeg ikke det er lenger.

(Inf. natt) Enig, nå er vi alle «på lag» nå.

4.3.2 Dokumentasjon og informasjonsutveksling

Både dag- og nattpersonalet betraktet dokumentasjon og informasjonsutveksling som avgjørende for å kunne gi et godt tilbud til pasientene ved akuttavdelingen. Men til tross for at de både verdsatte dette arbeidet og hadde klare føringer for hvordan det skulle gjøres, opplevde de flere barrierer for dokumentasjon og informasjonsflyt. Den ene gikk på travelhet. En travel arbeidshverdag kunne føre til at en rett og slett ikke rakk å dokumentere, eller at det var så stressende og hektisk at en rett og slett glemte forhold en burde dokumentert. For å kompensere for mangelfull dokumentasjon hendte det at personalet ringte hverandre også på fritiden:

(Inf. dag) Det kan jo være at en har glemt å kvittere for medisiner, eller glemt å gi beskjed om noe.

(Inf. dag) Eller det kan være at en lurer på om den som har gått av vakt har gjort det og det, eller glemt å gjort noe. Så da tar vi en telefon bare for å sjekke ut.

(Inf. dag) Det er jo ikke så ofte vi gjør det, og det trenger ikke å være de store tingene det gjelder heller. For eksempel ringe for å gi beskjed om at en hadde satt på vaskemaskinen og at de på vakt må huske på å ta ut klærne slik at de blir tørre til pasienten skal bruke dem neste dag.

Informantene ga uttrykk for at mens det å ta en telefon til legen på fritiden handlet om faglige spørsmål i forhold til konkrete pasienter, var det å ringe hverandre mer en form for kvalitetssikring av oppgaver som skulle gjøres eller skulle vært gjort.

For dagpersonalet var det særlig utfordrende å få nok tid til å ajourføre planene for oppfølging og tiltak for den enkelte pasient på akuttavdelingen. Informantene fortalte at dette skyldtes at tilstanden til denne pasientgruppen var stadig i endring:

(Inf. dag) Men det er klart, altså, når en ser disse tiltakene og sånn, det er vanskelig å finne tid til å sette seg ned, og ha så god tid at du kan ajourføre tiltakene for hver ting.

(Inf. dag) Ja, det er ikke bare enkelt.

(Inf. dag) For det forandrer seg så fort, vet du, når pasienten kommer inn, og så dagen etterpå, altså du skriver samme dagen som de kommer inn, og så kanskje et par dager etterpå så er det blitt så mye bedre, så en må jo inn og ajourføre hele tiden, vet du, om en skal holde det oppdatert. Det er klart at – det endrer seg veldig.

Som en følge av dette, opplevde nattpersonalet at det kunne være for lite opplysninger dokumentert i forhold til pasientenes egenomsorgsoppgaver; hva *kunne* pasienten gjøre selv, og hva *skulle* pasienten gjøre selv ut fra hensynet til rehabiliteringen. Nattpersonalets involvering i arbeidet med å finne mål for pasientenes rehabilitering begrenset seg stort sett til oppfølging ved toalettbesøk etc. De ga uttrykk for at de kunne bidratt mer i forhold til pasientenes rehabilitering:

(Inf. natt) Det hender jo at vi har noen små diskusjoner i vaktskiftet, men det blir jo ikke store grep eller tiltak ut av dette, for det blir jo bare en diskusjon mellom to personer.

(Inf. natt) Ja, for da blir det bare hva du og hun synes, eller jeg og den personen synes. Og så gjelder det bare for de nettene du går på, og så blir det noe helt annet den neste natten. Men disse pasientene skal jo rehabiliteres og hjem igjen, og da er det jo kjempeviktig at vi jobber på samme måte mot de samme målene.

(Inf. natt) Og så blir det jo ikke nødvendigvis helt riktig at personalet på dag bestemmer hva som er best for pasienten på natten heller. Det er vi som best kjenner pasientens behov på natten.

Informasjonsutveksling mellom vaktskifter skal egentlig skje kun i form av såkalt «stille rapport», men personalet opplevde at denne rapporteringsformen alene ikke var tilstrekkelig. Dagpersonalet reflekterte rundt dette:

(Inf. dag) Det er ikke alt som kan skrives

(Inf. dag) Ja, det er mye som faller bort dersom en kun skal ha stille rapport.

(Inf. dag) Og så er det jo godt å kunne snakke sammen også, at vi kan diskutere litt: Skal vi gjøre det sånn eller sånn.

Behovet for å supplere med muntlig rapport var særlig til stede ved vaktskifter i overgangen kveld – natt. Når det var satt av kun 20 minutter til «stille rapport», og nattpersonalet hadde ansvar for – og måtte lese om – alle sykehjemmets pasienter (39 stk.), var det begrenset hvor mye de rakk å lese om pasientene ved akuttavdelingen. En annen utfordring var at dagpersonalet ikke alltid rakk å dokumentere ferdig før den «stille rapporten» begynte:

(Inf. dag) Vi har jo en pasientgruppe som gjerne legger seg senere på kvelden, og dette gjør jo at vi har den siste innspurten helt innpå vaktskiftet.

(Inf. dag) Og det blir jo litt sånn komplisert i forhold til den stille rapporten også, for vi rekker ikke alltid å dokumentere ferdig før nattvaktene kommer. Derfor må vi supplere med muntlig rapport i tillegg.

(Inf. dag) Derfor blir det litt dobbelt arbeid på en måte.

For dagpersonalet var det å skulle oppdatere sin kunnskap om avdelingens pasienter særlig utfordrende etter lengre friperioder og når de hadde ansvar for flere avdelinger. En ikke uvanlig løsning på dette var å bruke av sin fritid til å lese seg opp innen en skulle på jobb:

(Inf. dag) Det hender jo at jeg tar en tur innom dagen før jeg skal på jobb også, slik at jeg kan forberede meg på arbeidsdagen. Da er det mye bedre å komme morgenen etter, når du vet at du er oppdatert.

(Inf. dag) *Det er jo ikke det at vi ikke er i stand til å utføre jobben uten at vi har lest oss opp i forkant, men det føles bare så mye bedre.*

(Inf. dag) *Under ferieavviklingen på sommeren har du jo gjerne ansvar for to avdelinger til, og da må du komme tidligere for å rekke å lese deg opp før vakta starter.*

Nattpersonalet var fornøyd med å motta muntlig informasjon fra dagpersonalet ved akuttavdelingen. Imidlertid var de opptatt av at den muntlige rapporten aldri måtte erstatte dokumentasjon men være et supplement. De hadde i noen tilfeller opplevd at informasjon kun ble gitt muntlig, og til kun ett skift med nattpersonal, og dermed nådde ikke budskapet fram til alle som jobber på natt: *Når de har gitt beskjed til ett sett nattevakter, så tror de at beskjeden er gitt til oss alle.*

4.3.3 Organisatoriske rammer

I fokusgruppeintervjuene kom både dag- og nattpersonalet med refleksjoner i forhold til organisatoriske rammer som hadde betydning for deres arbeid ved akuttavdelingen. Spesielt i første halvdel av følgeforskningsprosjektet ble travelhet og dårlig bemanning jevnlig nevnt. For dagpersonalet var ukedagene mest hektisk, ettersom de da hadde mange gjøremål knyttet til kartlegging og behandling av pasientene, samt legevisitt og møtevirksomhet som de ellers ikke hadde på helg. I tillegg hadde ansvarlig sykepleier på akuttavdelingen også ansvar for vakttelefon på sykehjemmet. Informantene ga uttrykk for at det var enklere å håndtere en travel arbeidsdag i og med at kompetansen på avdelingen var høy:

(Inf. dag) *Det er godt at vi er bare sykepleiere på avdelinga, for har vi seks krevende pasienter som det er mye med, så er det veldig utfordrende for en sykepleier å ha ansvar og oversikt over hver enkelt til enhver tid.*

(Inf. dag) *Jeg følte jo veldig på dette i sommer, da jeg var alene som sykepleier.*

(Inf. dag) *Ja, det kjennes veldig trygt og godt å være flere, det å ha noen en kan diskutere med og dele arbeidsoppgavene med.*

I de travleste periodene rakk de ofte ikke å dokumentere arbeidet før vaktskiftet, og dermed ble gjerne vakta utvidet med et kvarter for å slutføre arbeidsdagen. Dette ble svært sjelden ført opp som overtid. I følge informantene forsøkte de i stedet å justere dette med å gå hjem litt tidligere en annen gang.

For nattpersonalet var det ingen markant forskjell på ukedager og helg når det gjaldt travelhet – rutinene og arbeidsoppgavene på natt var de samme. Med kun to personer på vakt inne på sykehjemmet (i tillegg til en person i utepatrulje), var det til gjengjeld ekstra sårbart dersom det oppstod situasjoner med akutt sykdom eller svært urolige pasienter. Størrelsen og den fysiske utformingen på sykehjemmet kunne forsterke dette, noe som en av informantene ga et eksempel på:

(Inf. natt) Det oppstod situasjoner på to forskjellige steder på huset på samme tid. Vi var kun to pleiere inne, og situasjonen var så krevende at vi måtte prioritere den avdelingen med urolige pasienter en lengre periode. Samtidig visste vi at vi burde vært mye mer på akuttavdelingen, som var helt på den andre siden av huset. Jeg følte at jeg ikke strakk til i det hele tatt på akuttavdelingen. Måtte prioritere den avdelingen med urolige pasienter.

Nattpersonalet opplevde at slike situasjoner var umulig å forutse. De hadde ytret ønske om økt grunnbemanning, men det er ikke økonomi til det. Selv om de ut fra faglig forsvarlighet kunne leie inn ekstra bemanning i enkelte situasjoner, var det veldig sjelden at dette ble gjort etter at nattvakten hadde startet.

For dagpersonalet var det særlig i oppstartsfasen vanskelig å få forståelse for at selv om de hadde få pasienter på akuttavdelingen, så var ikke det ensbetydende med at de hadde lite å gjøre og dermed kapasitet til å hjelpe til på andre avdelinger. De opplevde at de måtte forklare at de hadde en annen måte å jobbe på enn det de gjør ved en langtidsavdeling:

(Inf. dag) Selv om vi har bare 6 pasienter, så går dagen. Det er så mye annet vi gjør utenom stell og pleie. Bare dette med ernæringskartlegging som vi skal føre over 3 dager, og du skal regne ut alle kaloriene og antall liter væske i forhold til hva de trenger. Og det er sånne ting som tar ekstra tid. Ja, så det går bort mye tid på andre ting enn hva det gjør på en langtidsavdeling. ...

Dagpersonalet fortalte at de gjerne hjalp til på de andre avdelingene, men det måtte ikke gå på bekostning av deres egne pasienter: *Vi må stå på vårt, for vi har jo våre pasienter som vi skal klare å skrive ut også. Vi må jo gi dem et godt tilbud når de først er her.*

Dagpersonalet ga uttrykk for at det å være med på utviklingen av tjenestetilbudet ved akuttavdelingen var svært givende. Det å kunne være med å bestemme planer, rutiner og verktøy som skulle anvendes gjorde også at de følte et stort ansvar og eierskap til avdelingen. Nattpersonalet hadde derimot ikke fått delta i denne prosessen.

4.3.4 Kunnskap

Både dag- og nattpersonalet ga uttrykk for at oppdatert kunnskap var viktig for å kunne ivareta akuttavdelingens pasienter. Dagpersonalet hadde deltatt på kurs og vært ute i hospitering, og dette var noe de satte stor pris på. De følte seg privilegerte som hadde mulighet til faglig oppdatering. I følge informantene ble kursing og hospitering dekket av øremerkede prosjektmidler i forbindelse med oppstart av akuttavdelingen.

Nattpersonalet hadde ikke fått tilbud om å være med på verken kurs eller hospitering i forbindelse med oppstarten av akuttavdelingen. *Vi er på en måte en litt glemt gruppe*, som en av informantene uttrykte det. De ga uttrykk for at kunnskap og det å ha muligheten for faglig oppdatering er like viktig for de som jobber på natten. Under fokusgruppeintervjuene reflekterte de blant annet over nytten de ville hatt av å delta på smertekurs:

(Inf. natt) Smertene slutter ikke klokken ti på kvelden.

(Inf. natt) Nei, de gjør ikke det. Og mye av problematikken blir jo forsterket på natten også. Det er den tyngste tiden på døgnet for smerteproblematikk. Det er mindre personale og mindre å hjelpe seg med. Natten blir kjempelang for pasienten dersom han blir liggende søvnløs, smertepåvirket og plages.

(Inf. natt) Ja, og så får det jo ringvirkninger på dagen også

Informantene var også opptatt av at de på natten ikke hadde de samme mulighetene for å konferere med andre dersom de hadde spørsmål.

(Inf. natt) På dagtid er det alltid noen en kan spørre, men vi på natt har ikke det. Vi kan ikke bare ringe noen å spørre om råd; Hva gjør jeg nå? Vi har jo legevakt, men det er ikke løsningen alle gangene.

Både dag- og nattpersonalet ga uttrykk for at den enkelte hadde selv ansvar for å holde seg oppdatert, ettersom både faget og pasientgruppene er i stadig endring. Kunnskap ble sett på som ferskvare:

(Inf. dag) Noe holder vi jo sjelden på med, og da må det jo repeteres dersom nye tilfeller kommer.

(Inf. natt) Men det er ingen tvil om at vi som går på natt år etter år blir hengende litt etter, sånne ting som de på dagtid kan vedlikeholde. For det er ting vi sjelden holder på med, og da blir det jo skummelt etter hvert. Du har det friskt i minne det du holder på med jevnlig, men det er ting du kommer borti veldig sjelden. For eksempel, dersom jeg ser i skapet med bandasjer – jeg blir jo helt rådvill. Finner ikke vaselinkompresser lenger (latter).

(Inf. natt) Det meste av prosedyrer skjer jo på dagen også.

Etter hvert som akuttavdelingen utvidet behandlingstilbudet, måtte dagpersonalet blant annet utføre flere sykepleietekniske prosedyrer. Noe av dette krevde at de måtte friske opp gammel kunnskap, eller de måtte lære noe helt nytt. Kunnskapen ble innhentet via faglitteratur, databasen Praktiske Prosedyrer i Sykepleien (PPS), det interne elektroniske kvalitetssystemet, eller de kunne kontakte sykehuset eller legekantoret. Økt kunnskap og erfaring med prosedyrer ved akuttavdelingen gjorde også at dagpersonalet ble bedt om hjelp og opplæring ved andre avdelinger ved sykehjemmet.

Siden flere på akuttavdelingen hadde videreutdanning og dermed spesialisering innen et felt, kunne de også dra veksler på hverandres kompetanse. I følge informantene ble det meste av kartleggingsverktøy de anvender implementert som følge av at noen tok videreutdanning, fordi som en informant sa: *Det er klart at når du har vært så heldig å ta en utdanning i noe du brenner for, så vil du jo bruke det du har lært, og prøve ut det.*

4.3.5 Pasientene

I følge informantene gikk det en tid fra oppstarten av akuttavdelingen inntil de hadde en pasientgruppe i tråd med det som var intensjonen. For dagpersonalet opplevdes dette frustrerende:

(Inf. dag) Det var frustrerende i starten, for det var så mange avlastningspasienter og demente som var innom, pasienter som vi ikke hadde noe rom å tilby ellers på sykehjemmet.

(Inf. dag) Og dermed ble det jo sånn at vi måtte sende fra oss de som var i målgruppen til de andre avdelingene, fordi vi ikke hadde plass, fordi de som var på rullering måtte jo være hos oss.

(Inf. dag) Vi hadde jo sett for oss litt mer variasjon i pasientgruppen, at vi skulle få det til å rullere, at vi skulle få dem hjem igjen, eller at når de var ferdigbehandlet hos oss så skulle vi få dem på over på de andre avdelingene.

Når akuttavdelingen etter hvert fikk pasienter som var mer innenfor målgruppen, antok dagpersonalet at dette blant annet kunne skyldes en kombinasjon av at tilbudet hadde blitt bedre kjent, at det var blitt bedre kapasitet på resten av sykehjemmet, og at en hadde blitt mer nøye med å følge innleggelseskriteriene.

Under fokusgruppeintervjuene reflekterte personalet over utfordringer som var knyttet til ulike pasientgrupper. En av gruppene som ble nevnt var de som hadde psykiatriske problemstillinger. Både dag- og nattpersonalet ga uttrykk for at det kunne være en utfordring å skulle ivareta disse pasientene. Informantene reflekterte over forskjellen mellom det å imøtekomme psykiske behov kontra det å ivareta mer håndfaste oppgaver:

(Inf. natt) Det kreves mere av oss å ha oppfølging av psykiatriske pasienter enn disse konkrete tekniske prosedyrene som skal utføres. Det blir bare på en annen måte. Det at noen ikke får sove, noen hører lyder, noen ser ting som ikke er der ... Det krever oss på en annen måte.

(Inf. dag) Ja, det blir jo på en annen måte, for i forhold til slike prosedyrer må du være tilgjengelig akkurat da, for eksempel henge opp et drypp. Det er mer forutsigbart fordi du vet når det skal skje.

(Inf. natt) Men når pasienten ringer på og sier: Jeg vil dø! – Da kan du faktisk ikke bare gå derifra. Et drypp kan du administrere på fem minutter, og det vet du på forhånd.

Flere av informantene stilte seg tvilende til at akuttavdelingen var det riktige tilbudet for disse pasientene. Som regel var årsak til innleggelse oppgitt å være noe helt annet enn psykiske problemer, for eksempel dårlig ernæringsstilstand. De psykiske problemene ble ofte ikke fanget opp før pasienten hadde blitt innlagt. Informantene

undret på om dette kunne skyldes at henvisende lege ikke hadde nok kjennskap til pasienten. Når pasienten først var kommet inn på akuttavdelingen, var personalets erfaring at pasienten ikke ble henvist videre for oppfølging av de psykiske problemene. Informantene stilte seg undrende til dette:

(Inf. dag) Vi må jo kunne legge inn pasienter med psykiske problemer på sykehuset. Nå legges jo pasientene inn på sykehus dersom de har kjempehøy CRP og er i dårlig form for eksempel.

Det var ikke bare de pasientene med akutte eller alvorlige diagnoser som skapte utfordringer for personalet. Nattpersonalet hadde erfart at også de mer selvhjulpne pasientene kunne kreve mye av dem:

(Inf. natt) Noen av pasientene på akuttavdelingen, for eksempel de som kommer inn etter operert lårbeinsbrudd, de er jo ofte vesentlig sprekere enn de øvrige pasientene på sykehjemmet. De har et begrenset handikap akkurat i beinet, men når de har god kognitiv evne og er ellers mer selvhjulpne, er de også i stand til å kreve mye mer av oss på andre områder.

Til tross for utfordringer og uforutsigbarhet som personalet kunne oppleve i møte med akuttavdelingens pasienter, ga de uttrykk for at implementeringen av akuttavdeling først og fremst hadde vært en berikelse i arbeidshverdagen. *Vi møter utfordringene med glede*, som en informant sa. For dagpersonalet lå også noe av motivasjonen for å jobbe ved akuttavdelingen nettopp i den stadig skiftningen med nye pasienter og nye arbeidsoppgaver:

(Inf. dag) Etter at en ha hatt noen dager fri så er det spennende å komme på jobb igjen – å se om det har kommet noen nye pasienter, eller om det er noen som har dratt hjem. Det blir jo litt sånn uforutsigbart, og det synes jeg er veldig positivt.

4.4 Aksjoner skapt under prosjektets gang

Som nevnt i kapittel 1.2 har et av prosjektets mål vært å skape aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet. Utgangspunktet har vært personalets refleksjoner over problemstillinger i deres praksis, og valg av aktuelle tiltak for kvalitetsforbedring er gjort av personalet.

Underveis i følgeforskningsprosjektet har informantene signalisert at det å delta i fokusgruppeintervju i seg selv har bidratt til kvalitetsforbedring. Før prosjektet startet hadde dag- og nattpersonalet ingen felles kontaktpunkt utover det som naturlig hørte med i vaktskifter. Fokusgruppene ble derfor en viktig arena for fellesskap og samarbeid dem imellom:

(Inf. dag) Det at vi har møttes i fokusgruppene har gitt oss anledning til å diskutere og reflektere over ting vi opplever. Dette blir det lite tid til ellers i arbeidshverdagen.

Det å ha tid til å reflektere sammen gjorde også at de kunne bli bedre kjent med hverandre, noe som igjen førte til bedre forståelse for hverandres arbeidssituasjon. Nattpersonalet, som var satt på sidelinjen når akuttavdelingen ble implementert, ble mer inkludert og kunne bidra med sin kunnskaper og erfaringer gjennom disse møtene:

(Inf. dag) Det var veldig bra at dere på natt ble med, for vi har i alle fall blitt mye mer obs på å tenke på nattevaktene dersom det er noe spesielt på avdelinga.

(Inf. dag) Det var jo kjempelurt når en tenker på at dere er der sammen med pasientene så mye som dere faktisk er også.

(Inf. natt) Ja, det er bra at hele døgnet er representert.

(Inf. dag) Jeg tror vi har blitt mer bevisst på at dersom vi får inn tilfeller som er litt spesielle og det er prosedyrer som vi sjelden holder på med, så er vi flinkere til å huske nattevaktene også.

Det at intervjuene ble ledet av personer som kom utenfra (forskerne), var med på å ufarliggjøre kommunikasjonen mellom partene:

(Inf. natt) Vi har også fått tømt oss for frustrasjoner i en nøytral setting, hvor dere (forskerne) har nesten fungert som fredsmeglere (latter).

(Inf. dag) Ja, og så er det jo godt at det som sies her forblir her, vi har kunnet snakke fritt.

I løpet av prosjektperioden avtalte personalet å gjennomføre tre aksjoner:

Møter

Allerede ved første fokusgruppeintervju ble dagpersonalet enige om å sette av tid til ukentlige møter hvor de kunne reflektere over problemstillinger relatert til arbeidet ved akuttavdelingen. Noen møter ble holdt sporadisk i løpet av prosjektperioden, men ikke ukentlig slik de hadde planlagt. Det var vanskelig å finne tid til slike møter i en hektisk arbeidshverdag ved akuttavdelingen.

Dag- og nattpersonalet ble på det første felles fokusgruppeintervjuet enige om å forsøke å få til felles samarbeidsmøter. Det ble vanskelig å finne tidspunkt som passet, og dermed ble ingen møter avholdt.

Nattpersonalet ble enige om å invitere en av de andre avdelingene på sykehjemmet til et samarbeidsmøte. Møtet ble holdt, og der ble forventinger og rutiner knyttet til nattpersonalets tilstedeværelse klargjort.

Både dag- og nattpersonalet har sammen med øvrig pleiepersonale ved sykehjemmet deltatt på møter hvor hensikten har vært etiske refleksjoner i forhold til kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven. Dette har ikke vært en del av aksjonene i prosjektet. Imidlertid kan disse refleksjonene ha kompensert for de møtene som personalet hadde avtalt å gjennomføre på egen hånd, men som det ikke ble noe av.

Opplæring

Dagpersonalet ble enige om å tilby nattpersonalet opplæring i prosedyrer etc. som var relevante for arbeidet på akuttavdelingen. Noe opplæring ble gitt, for eksempel prosedyrer i forhold til nesesonde, blærescanner, trakeostomi og EKG. Det viste seg å være mest hensiktsmessig at opplæringen skjedde i forkant av vaktskiftet på kvelden,

til det nattpersonalet som skulle på vakt om natten. Nattpersonalet oppgir at de har hatt god nytte av denne opplæringen.

Endring av rutiner for medikamentutdeling

Resultater fra intervju med pasienter ved akuttavdelingen viste at måten medikamenter ble utdelt på kunne skape utrygghet hos pasientene (se kapittel 4.1). Som følge av dette bestemte dagpersonalet seg for å ha en innskjerping av rutinene. Dette ble gjort, og siden har de sørget for at det er samme pleier som deler ut medisiner gjennom hele vakta. Personalet opplever at dette fungerer godt og bidrar til større sikkerhet.

5 DISKUSJON

Intensjonen med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er blant annet at det skal bli lettere for eldre personer med kroniske lidelser å få helsehjelp lokalt, og at tilbudet i kommunene skal bli bredere og med en bedre oppfølging, noe som igjen kan øke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten.

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten består av flere egenskaper. Egenskaper som for eksempel at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenester som er preget av kontinuitet slik at mottakeren opplever at tjenesten dekker både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Målet med dette følgeforskningsprosjekt av UP-8 har vært å beskrive erfaringer og utfordringer i bruken av akutt plasser ved Overhalla sykeheim, samt skape nye aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet.

5.1 Pasientene

I resultatet fra intervjuene framhevet pasientene opplevelsen av tillit og trygghet i pleien og omsorgen de mottok på akuttavdelingen. I følge Slettebø (2008) fører tillit til trygghet som i sin tur fremmer pasientens opplevelse av sin livskvalitet.

Et kjent lokalmiljø var av stor betydning for denne opplevelse. Det at pasientene kjente flere av pleierne og medpasientene opplevdes positivt. En personlig relasjon, mener Morse (1991), vil være essensen i pleien som gis. En pleie som bygger på relasjoner forbedrer også den terapeutiske pleien (Nolan, Davies, Brown, Keady, & Nolan, 2004), med blant annet tidlig oppdagelse av symptomer (Dick & Frazier, 2006), og økt aktivitet i hverdagen (Russell, Rosati, Peng, Barron, & Andreopoulos, 2013).

En pleie som bygger på relasjoner leder til en økt gjensidig kontinuitet som bidrar til høyere kvalitet i omsorgen. Procter (1995) anser at kontinuitet i personalet er en forutsetning for kontinuitet av omsorgen. Chen og Chen (2011) mener at dette også fører til mindre samfunnskostnader. Dessuten kan eldre menneskers helse også forbedres ved kontinuitet i miljøet (Caplan et al. 2006; Courtney et al., 2009; Crilly et al., 2010; Roe et al., 2003). Til tross for dette er de eldste aldersgruppene (> 70 år) en

av de største brukerne av sykehusene og den somatiske spesialisthelsetjenesten. En spesialisthelsetjeneste som de siste tiårene har blitt mer spesialisert og effektivisert i retning av mer fokus på behandling og mindre fokus på pleie (Brevik, 2010).

I resultatet fra intervjuene med pasientene fremkom det at de kjente flere av de andre pasientene og at også dette bidro til denne tryggheten. Tidligere forskning som har inkludert eldre personer har vist viktigheten av sosiale relasjoner for trygghet og en god livskvalitet. Dette er uansett hvordan begrepet livskvalitet er definert (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000). Puts et al. (2007) studie viste at en viktig faktor for opplevelsen av livskvaliteten er det å kunne prate med noen om det som skjer i løpet av dagen. Det å være en del i en sammenheng og beholde kontakten med det øvrige samfunnet (Murphy, Shea & Cooney, 2007).

Pasientene ga uttrykk for at oppfølgingen de fikk av legen var bra, men at han var for lite tilgjengelig. Kontinuiteten er viktig for pasientsikkerheten. Dette var noe som også ble poengtert i intervjuene med legene. I følge Iwarson (2010) kan det at denne kontinuiteten ikke er så påtagelig skyldes de økonomiske nedskjæringene som skjer i helsetjenesten.

Medisinutdelingen var for øvrig det eneste som ble bemerket som mindre trygt på akuttavdelingen, sammenlignet med sykehuset hvor det bare var en som hadde ansvar for utdelingen. Medisinering er en av de grunnleggende oppgavene som blir utført av pleierne i den kliniske hverdagen. De informerer pasientene og svarer på spørsmål relatert til deres behandlinger, samt administrerer egnede legemiddel korrekt (Leathard, 2001). Men for at dette skal kunne utføres på et nivå med høy kvalitet og kontinuitet, kreves ikke bare kunnskaper i farmakologi, men også en hensiktsmessig organisering av tjenestene. På akuttavdelingen er det ulike sykepleier. I perioden hvor de intervjuede pasientene hadde vært innlagt, var denne sykepleieoppgaven ikke tydelig nok definert i forhold til «hvem som gjør hva». Som følge av dette bestemte dagpersonalet seg for å endre rutinene. Nå er det sørget for at det er samme pleier som deler ut medisiner gjennom hele vakta.

I Næss (2012) sitt følgeforskningsprosjekt av de helhetlige helsetjenestene i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune fremkom betydningen

av brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som reguleres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). En lovfestet rettighet som bidrar til økt tillit og trygghet. Et viktig mål for medbestemmelse og brukermedvirkning er at den skal bidra til kvalitet på tjenestene og at pasienten skal ha økt innflytelse på egen livskvalitet. Noen av informantene kunne fortelle at de fikk selv bestemme hvor mye hjelp de ville ha, og når de ønsket den hjelpen. En informant følte det bare var å «jatte» med, det vil si, la sykepleier og legen bestemme. Når det gjelder informasjon om tjenestetilbudet, oppgav alle pasientene at de ikke hadde fått noen form for informasjon om akuttavdelingen før innleggelse.

I Huseby og Paulsen (2009) sin rapport fremkom at de fleste av de spurte brukerne i kommunens omsorgstjeneste ga uttrykk for tilfredshet når det gjaldt ivaretagelsen av basale funksjoner i omsorgen. Imidlertid var de mindre fornøyde med muligheten for medbestemmelse og innflytelse på omsorgstilbudet. For de eldre som har sviktende helsetilstand kan brukermedvirkning være en utfordring (Sydvold, 2009), noe som kan begrense deres evne til å medvirke.

I Sydvold (2009) sin studie med intervjuer av sykepleiere i både hjemmesykepleie og ved sykehjem, ga sykepleierne uttrykk for at brukermedvirkning var noe positivt og viktig, men at de strukturelle rammene som tid, personalressurser og organisering av tjenestetilbudet kan begrense muligheten for brukermedvirkningen. Sykepleierne opplevde også brukermedvirkningen som situasjonsbestemt, avhengig av den enkelte pasienten og dennes kontekst. Dette kan påvirke sykepleierens åpenhet til å la alle pasientene bli delaktige i pleien, spesielt dersom pasienten er eldre og har sviktende helsetilstand. I disse avhengighetssituasjonene er det viktig at sykepleier utøver moralsk ansvarlig sykepleie (Slettebø, 2009). Askautrud og Ellefsen (2008) mener at et godt arbeidsmiljø med rom for faglige diskusjoner og refleksjoner kan bidra til å fokusere mot pasientens uavhengighet og selvbestemmelse.

5.2 Pårørende

Brukermedvirkning innebærer at makten forskyves fra de ansatte og over på brukerne av pleie og omsorgstjenestene – det å la pasientene og deres pårørende være delaktige. De pårørende som ble intervjuet i dette følgeforskningsprosjekt understreket at de både følte seg velkommen på akuttavdelingen, de følte seg delaktige, respektert og at de ble lyttet til.

I en studie av Hertzberg, Ekman og Axelsson (2003) så personalet pårørende som en ressurs, men også krevende. En del sykepleiere så på pårørende som en del av sitt arbeide, og andre som noe tidskrevende med lav prioritet. Forfatterne mente at en tillitsfull relasjon til de pårørende kan resultere i økt kvalitet i pleien og gi sykepleieren mer tid fremfor å konsumere tid.

De pårørende som ble intervjuet i dette følgeforskningsprosjekt fremhevet også økt tilgjengelighet og kortere reisetid. De fleste var døtre og sønner som arbeidet, og tilgjengeligheten gjorde at de hadde mulighet å komme å hilse på oftere. Det at pasientene var i lokalmiljøet ga også de pårørende trygghet.

De begrensninger som kom frem, var fremfor alt den lave legebemanningen, men det var også ønskelig med en bedre samkjøring mellom sykepleierne slik at de ikke lovte noe de ikke kunde holde, det vil si; ga doble budskap.

Kommunikasjon er det viktigste fundamentet for å muliggjøre samarbeid, men dette avhenger av deltakerens evne til å kommunisere. Kommunikasjonsstiler kan variere avhengig av for eksempel alder og kjønn (Fossum, 2007). For at pleie skal kunne gjennomføres under sikre forhold, må kommunikasjonen mellom de som utfører pleien fungere optimalt. Alvorlige konsekvenser kan oppstå om kommunikasjonen brister og gir rom for misforståelser (Sharp, 2012). Fossum (2007) mener at personale innenfor pleie- og omsorgstjenesten ofte baserer informasjonsoverføringen på envegs monolog. Virkelig kommunikasjon krever imidlertid en utvikling fra informasjonsoverføring til informasjonsutbytte. En tydelig skriftlig dokumentasjon kan hjelpe pleiepersonalet til bedre samkjøring av informasjonen til pasientene, deres pårørende og til kolleger.

5.3 Personalet

For å lykkes med et endringsarbeid er det ifølge Kotter (1996) viktig at de ansatte er entusiastiske og må gi mer enn vanlig. For å klare det må de være overbevist om at forandringen er nødvendig. Gruppen må også være sammensveiset og enige om et felles mål. Resultatet i vårt følgeforskningsprosjekt viste at de ansatte som arbeidet på dag- og kveldstid tid var en sammensveiset arbeidsgruppe som var svært involvert og delaktige i utviklingen av en akuttavdeling. De som arbeidet på natt opplevde tvert imot å bli ekskludert. De var ikke delaktige.

For å lykkes med en endringsprosess må de ansatte gis mulighet å agere. Burke (2001) mener at arbeidstakere som ikke opplever empowerment svarer passivt på organisatoriske endringer, hvilket kan få betydelig innvirkning på utfallet. I Næss' (2012) følgeforskningsprosjekt fremkom også betydningen av å sikre felles fokus, det å synliggjøre sammenhenger, samt det å gjøre framdriften synlig og meningsfull som viktige suksessfaktor i en samhandlingsprosess. I implementeringen av akuttavdelingen hadde nattpersonalet blitt «glemt», noe som førte til at de opplevde utrygghet og en opplevelse av at de ikke være verdsatt i sitt arbeide. Ved intervjuet med ledelse bekreftetes at de ansatte på natten ikke hadde vært med i prosessen slik de ansatte på dagen. Næss (2012) beskriver videre betydningen av tilliten og verdsetting av de andre, at medlemmene må være informert, samt opplevelse av likeverdighet og involvering i beslutningstaking. Utifra konseptet psykologisk medinnflytelse (Spreitzer, 1995) er dimensjonene mening og verdsetting viktige. Altså at de ansatte føler at deres oppgave er viktig og at organisasjonen verdsetter deres innsats.

I følge Knol og Linge (2009) er ikke bare psykologisk medinnflytelse men også psykologisk trygghet av stor betydning for de ansattes deltagelse i endringsprosesser. Nattpersonalet kunne oppleve sitt arbeid som krevende og utrygt med et stort ansvar. Delvis avhengig av det aktuelle pasientklientellet, men mye av pasientenes problem, såsom smerter, uro og søvnløshet, ble forsterket på natten. Dersom det oppstod akutte situasjoner kunne de heller ikke ivareta pasientene på de andre avdelingene. Dette førte til en utilfredsstillelse i arbeidet. Ning, Zhong, Wang, & Qiuji (2009) mener at et

støttende miljø gir opplevelser av tilfredshet i jobben, og at med empowerment i arbeidsmiljøet gjør det mer sannsynlig at kvaliteten på omsorgen blir høyere.

Sykepleierne som arbeidet dag- og kveldstid uttrykte at de var fornøyd med muligheten for heving av kompetansen i forbindelse med jobben på akuttavdelingen. De fikk, dersom de ønsket det, hospitere på egnede arenaer innen spesialisttjenesten og flere sykepleiere gjennomførte videreutdanninger eller masterutdanninger innen adekvate områder for avdelingen. I de første fokusgruppeintervjuene med nattpersonalet fremkom derimot et behov for opplæring.

I følge Becker (2013) får nattarbeidende sykepleiere færre utdanningsmuligheter, får færre ressurser og mindre administrativ støtte enn de som er ansatte på dagen. Becker mener videre at de som er ansatt på natt opplever mer stress. For å aktivere kontinuerlig faglig utvikling i pleie- og omsorgstjenesten trenger alle ansatte et stimulerende arbeidsmiljø og støtte (Danielson & Berntsson, 2007).

Ansatte som har en sterk følelse av sammenheng (KASAM) på arbeidsplassen kan bidra i henhold til sitt fulle potensial. KASAM er balansert mellom forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Ubalanse kan lede til frustrasjon og dårligere helse (Antonovsky, 2005). For å fremme en økt KASAM på jobb kreves empowerment blant de ansatte. Det vil si, å være informert, ha en følelse av å kunne påvirke og være delaktig i beslutninger (Laverick, 2004; Winroth & Rydqvist, 2008).

Kotter (1996) mener at det siste steget i et forandringsarbeid er å innlemme endringen i organisasjonens kultur, slik at det nye blir den aksepterte normen. Med andre ord; det er slik vi gjør tingene og oppgavene her. Men for dette kreves en grunnleggende holdning til å gi forutsetningene slik at ethvert individ i organisasjonen kan bli en «empowered person».

5.4 Metodediskusjon

Vårt forskningsdesign basert på prinsipper hentet fra både følgeforskning og aksjonsforskning har muliggjort en fleksibel bruk av kunnskap innsamlet gjennom deltakelse og dialog, i kombinasjon med kunnskap ervervet og tolket gjennom tradisjonell forskningsmetode. Det er lagt vekt på både en formativ evaluering med sikte på å stimulere til læring i personalgruppen underveis, samt en summativ evaluering med sikte på å kartlegge erfaringer og opplevde utfordringer i bruken av akuttplaner. Validiteten av denne kunnskapen avhenger ikke av hvorvidt personalgruppens ønskede aksjoner ble vellykket eller ikke, men måles heller i forhold til teori, gjeldende praksis andre steder, og erfaringer skapt gjennom aksjonene.

Aksjonsforskning har ikke til hensikt å avdekke hvordan verden er «her og nå» gjennom kvantitative data og kontroll av måloppnåelse og effekt, men fokuserer mer på «hva bør gjøres». Sletterød (2001) mener at aksjonsforskning i praksis handler om det samme som empowerment, det vil si at forsker bidrar til likeverdig dialog der personalet selv blir i stand til å definere oppgaver, mål og endringsstrategier som de skal søke å iverksette. I følge McNiff og Whitehead (2006) skaper denne demokratiske prosessen mellom forsker og praktiker et samarbeidsorientert forhold som «bemyndiger» (empowers) praktikerens og oppmuntret til utvikling og endring. Dette skjer samtidig som praktikerens evne til å være selvgranskende og kritisk til egen praksis øker.

For å få den nødvendige distansen til personalets aksjoner, har vi vekslet mellom å være aktive og passive i prosjektets ulike faser. Underveis har derfor våre roller som forskere vært å støtte personalet gjennom endringsprosessen, men uten at vi har vært aktive i planlegging, implementering og justering av intervensjonene. Personalet har gjennom refleksjon i fokusgruppene identifisert aktuelle områder for forbedring, vurdert eksisterende praksis, samt utviklet forslag til mulige aksjoner/intervensjoner. Fokusgruppene ble en arena for dette, men også en arena for fellesskap og samarbeid imellom dag- og nattpersonalet. Det å ha tid til å reflektere sammen gjorde også at de kunne bli bedre kjent med hverandre, noe som igjen førte til bedre forståelse for hverandres arbeidssituasjon. En gjensidig utveksling av kunnskaper og erfaringer bidro til heving av kvaliteten på tjenesten.

For at pasientsikkerheten og arbeidstilfredsheten på avdelingen skal fungere er kommunikasjonen blant personalet grunnleggende. Personalet så det som en fordel at intervjuene ble ledet av personer som kom utenfra og var nøytrale. Dette ufarliggjorde kommunikasjonen mellom partene. Som forskere har vi også vært observante på tilstedeværelse eller fravær av innholdet i både ord og stillhet, samt aktivitet og passivitet. Med andre ord; vi var årvåkne for prosessen som skjedde i gruppen.

Vi har hatt mulighet å følge personalet over tid. Tiden har gjort at vi har utviklet en kontinuitet i relasjonen med personalet, men også i forskningsprosessen. Følgeforskningsprosjektet har tatt utgangspunkt i en akademisk grunntenkning, en systematisk og forskningsetisk prosess med god validitet. Som forskere har vi kontinuerlig diskutert og reflektert med hverandre om vår delaktighet, og om hvordan våre vurderinger og erfaringer har farget resultatet.

Personalet har ikke aktivt deltatt i oppsummeringen av resultatene, men de har validert disse. En oppsummering av hva som ble sagt i foregående fokusgruppe ble gjort i begynnelsen av det påfølgende intervjuet, og dannet på den måten utgangspunkt for gruppediskusjonene. For å styrke troverdigheten av resultatet ble analysene av intervjuene presentert og diskutert ved den siste fokusgruppen i januar 2014. Resultatene fra intervjuene med pasient- og pårørende ble også presentert i fokusgruppene. Til tross for at det kun var syv pasientintervjuer og åtte intervjuer fra de pårørende, var dette et viktig bidrag til refleksjon, diskusjon og tiltak fra personalet.

6 OPPSUMMERING

Hensikten med dette følgeforskningsprosjektet har vært å beskrive erfaringer og utfordringer i bruken av akutt plasser ved Overhalla sykeheim, samt skape aksjoner som kan lede til heving av kvaliteten på tjenestetilbudet.

Våre funn viser at pasienter, pårørende og personale for en stor del har positive erfaringer med bruken av akuttavdelingen. Nærhet til hjem og lokalmiljø, tett og god oppfølging av lege og pleiepersonale, samt mulighet for delaktighet i beslutninger om behandling og pleie, synes å bidra til trivsel og trygghet for pasienter og pårørende. For pleiepersonalet gir akuttavdelingen mulighet for kunnskapsutvikling og kompetanseheving, hvor tett samarbeid med lege bidrar til faglig trygghet og motivasjon til å ta ansvar for nye og faglig utfordrende oppgaver. Med økt kompetanse kan også sykehjemmets status heves og gjøre sykehjemmet mer attraktivt ved rekruttering av nytt personale.

Dette prosjektet har også bidratt til dypere innsikt og forståelse for de utfordringene som kan ligge i implementering og bruk av en akuttavdeling i sykehjem. Dette er kunnskap som kan være nyttig å ta med seg i lignende endringsprosesser i helsetjenesten i fremtiden. En av de største utfordringene handler om involvering og inkludering av ansatte. Å ikke være delaktig i en endringsprosess kan føre til utrygghet og en følelse av ekskludering som kan hindre samarbeid mot et felles mål for virksomheten. Det er derfor viktig at alt personale involveres i endringsprosesser. Ved Overhalla sykehjem hadde prosessen med å bygge opp det nye tilbudet ved akuttavdelingen kun involvert dagpersonalet. Nattpersonalet stod på sidelinjen, og de fikk heller ikke samme mulighet for opplæring – selv om de skulle ivareta de samme pasientene.

En annen vesentlig utfordring ligger i det å bryte ned barrierer for dokumentasjon og informasjonsflyt. Pleiepersonalet betraktet dokumentasjon og informasjonsutveksling som avgjørende for å kunne gi et godt tilbud til pasientene, men opplevde at knapphet på tid kombinert med uhensiktsmessige rapporteringsrutiner kunne skape utfordringer.

En forandring i en organisasjon tar tid, krever entusiasme og utholdenhet, og mange ansatte vil ha behov for å se at arbeidet går fremover for å beholde motivasjonen til å fortsette. Et følgeforskningsprosjekt som følger de ansatte over tid, kan fremme motivasjon samt motvirke misforståelser og eventuell motstand til endring som kan oppstå underveis i prosessen. Bruk av fokusgrupper bidrar til at alle får være delaktige, bli lyttet til og får føle ansvar som «medforskere». For dag- og nattpersonalet ble møtene i fokusgruppene et etterlengtet kontaktpunkt i en travel arbeidshverdag, og en viktig arena for fellesskap og samarbeid dem imellom. Det å ha tid til å reflektere sammen gjorde også at de kunne bli bedre kjent med hverandre, noe som igjen førte til bedre forståelse for hverandres arbeidssituasjon. Underveis i prosjektet har personalet gitt uttrykk for at det å delta i fokusgruppene i seg selv har bidratt til kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet ved akuttavdelingen.

Referanser

- Abrahamsen, J.F., Hauglanda, C., Nilsen, R.M., & Ranhoff, A.H. (2014). Predictors for return to own home and being alive at 6 months after nursing home intermediate care following acute hospitalization. *European Geriatric Medicine*, 5(2), 108-112.
- Alvarez Fernandez, B., Formiga, F., & Gomez, R. (2008). Delirium in hospitalized older persons: review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(4), 246-251.
- Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2008). *Förändringsarbete i organisationer - om att utveckla företagskulturer*. Malmö: Liber AB.
- Ang, Y.H., Au, S.Y., Yap, L.K., & Ee, C.H. (2006). Functional decline of the elderly in a nursing home. *Singapore Medical Journal*, 47(3) (2006), 219-224.
- Angelöw, B. (2010). *Framgångsrikt förändringsarbete - om individ och organisation i förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Askautrud, M., & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*, 28(4), 4–8.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal,
- Baumfield, V., Hall, E., & Wall, K. (2008). *Action Research in the Classroom*. London: Sage Publications.
- Becker, D.M. (2013). Implementing a night shift clinical nurse specialist. *Clin Nurse Spec*, 27(1), 26-30.
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). *Breaking the code of change*. Harvard: Harvard Business School Press
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Blanchard, K. H., Carlos, J. P., & Randolph, W. A. (2001). *Empowerment takes more than a minute* (2nd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064-1071.

- Brevik, I. (2010). *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten / om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007: all vekst i endret innretning*. (NIBR rapport 2010:1). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Burke, R. (2001). Nursing staff survivor responses to hospital restructuring and downsizing. *Stress and Health, 17*, 195–205.
- Caplan, G.A., Meller, A., Squires, B., Chan, S., & Willett, W. (2006). Advance care planning and hospital in the nursing home. *Age & Ageing, 35*(6): 581-585.
- Chen, C.C., & Chen, S.H. (2011). Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. *The American Journal of Managed Care, 17*(6), 420-427.
- Chen, L.K., Chen, Y.M., Hwang, S.J., Peng, L.N., Lin, M.H., Lee, W.J., & Lee, C.H. (2010). Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12 months mortality in older patients: a prospective cohort study. *Annals of medicine, 42*(8), 630-636.
- Coghlan D., & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing, 35*(5), 674–682.
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(4), 549-555.
- Courtney, M., O'Reilly M., Edwards H., & Hassall S. (2009). The relationship between clinical outcomes and quality of life for residents of aged care facility. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(4), 49-57.
- Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic, D., Burant, C.J., & Landefeld, C.S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatric Society, 51* (4), 451-458
- Crilly, J., Chaboyer, W., Wallis, M., Thalib, L., & Polit, D. (2010). An outcomes evaluation of an Australian Hospital in the Nursing Home admission avoidance programme. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1178–1187.
- Danielson, E., & Berntsson, L. (2007). Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today, 27*(8), 900-908

- Dick, K., & Frazier, S. C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(7), 325-334.
- Eidesmo B., (2013). *Sluttrapport UP-8. Akutt plasser i sykehjem*. Midtre Namdal Samkommune.
- Finne H., Levin M., & Nilsen T. (1995). Trailing Research. A Model for Useful Program Evaluation. *Evaluation* 1(1), 11–31.
- Fiskum E. (2013). *Samhandlingsreformprosjektet Helhetlige Helsetjenester i Midtre Namdal 2010-2013. Sluttrapport prosjektgruppen*, Midtre Namdal Samkommune.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikasjon -Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Foy, N. (1994). *Empowering people at work*. Aldershot: Gower.
- Garåsen, H., Kaasa, S., Røsstad, T., & Broen, P. (2005). Spesialiserte korttids plasser i sykehjem – Trondheims-modellen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (125)11, 1503-1505.
- Garåsen, H., Windspoll, R., & Johnsen, R. (2008). Long-term patients' outcome after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12 months follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 197–204.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Griffiths P.F., Edwards M.F., Forbes A.F., & Harris R. (2005). Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 107–116.
- Gray, L.K., Smyth, K.A., Palmer, R.M., Zhu, X., & Callahan, J.M. (2002). Heterogeneity in older people: examining physiologic failure, age, and comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1955-1961.
- Haggerty, J.L., Reid, R. J., Freeman, G.K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219–1221.

- Helsedirektoratet. (2013). *Samhandlingsstatistikk 2011–12*. Rapport IS-2040. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse Nord-Trøndelag HF. (2008). *Samhandling mellom tjenestenivåene - sluttrapport etter kartleggingsprosjekt ved Sykehuset Namsos*.
- Hertzberg A., Ekman S-L., & Axelsson, K. (2003) 'Relatives are a resource but..' Registered Nurses' views and experiences of relatives in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 431-441.
- Holter, I.M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). "Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?" *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304
- Hummelvoll, J.K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8(1), 17-30
- Huseby, B.M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* SINTEF Helsetjenesteforskning, rapport A11522 .
- Iwarson, S. (2010). *Processutveckling och patientsäkerhet -två olika sidor av samma mynt*. Säve: Säve Förlag.
- Jakobsen, R., Sørli, V., Guttormsen, T., & Finstad, H.H. (2010). Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass. *Vård i Norden*, 30(3), 9–13
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.
- Jeppesen, E., Brurberg, K.G., Lidal, I.B., Holte, H.H., & Vist, G.E. (2011). *Intermediære enheter og «hjemmesykehus» ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 8-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kalseth, B., Midttun, L., Paulsen, B., & Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*. (SINTEF rapport nr A6227). Oslo: SINTEF Unimed.

- Kane, R.L., Rockwood, T., Hyer K., Desjardins, K., Brassard A., Gesser, C., Kane, R., & Mueller, C. (2006). Nursing home staff's perceived ability to influence quality of life. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 248-55.
- Kitzinger J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- Knol, J., & van Linge, R. (2009) Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 359-370.
- Kotter, J. (1996). *Leading Change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research* (4. Utg.). Los Angeles: Sage.
- Lashley, C. (2001), *Empowerment: HR strategies for Service Excellence*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London: Sage Publications.
- Leathard, H. L. (2001). Understanding medicines: conceptual analysis of nurses' needs for knowledge and understanding of pharmacology (Part I). *Nurse Education Today*, 21(4), 266–271.
- Lewin K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 2(4), 34-46.
- Lindøe PH, Mikkelsen A, Olsen OE (2002) Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(2), 191-217
- Löfman P., Pelkonen, M., & Pietilä A-M. (2004). Ethical issues in participatory action research. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(3), 333-340
- McNiff, J. (2010). *Action Research for Professional Development. Concise advice for new and experienced action researchers*. Dorset: September Books.
- McNiff, J., & Whitehead, J. (2006). *All you need to know about Action Research*. Booklet. London: Sage Publications.

- Morse J. (1991). Qualitative nursing research: a free for all. In J. Morse (ed.) *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue* (pp. 126-145), London: Sage Publications.
- Murphy, K., O Shea, E., & Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2167–2177.
- Mur-Veeman, I., van Raak, A., & Paulus, A. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*, 85(2), 172-183.
- Møller, G., & Flermoen, S. (2010). *Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark*. TF-rapport nr. 266. Bø: Telemarksforskning. Lokalisert på: http://www.tmforskbo.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=1809
- Nielsen K., Yarker, J., Brenner, S.O., Randall, R., & Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the wellbeing of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 465-474
- Ning, S., Zhong, H., Wang, L., & Qiujie, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2642-2648.
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3A), 45-53, [Supplement S].
- Næss, G.B. (2012). *Å få være en del av et fellesskap må ikke undervurderes*. Sluttrapport fra prosjektet «Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune». Namsos: Midtre Namdal Samkommune.
- Olsen, O.E., & Lindøe, P.H. (2004). Trailing research based evaluation; phases and roles. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 371-380
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Sist endret 1.januar 2014. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3 utg.). Newbury Park: Sage.
- Plochg, T., Delnoij, D. M.J., van der Kruk, T. F., Janmaat, T. A.C.M., & Klazinga, N. S. (2005). Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an

intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Services Research*, 5, 38. Lokalisert på: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/38>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Procter, S. (1995). Planning for continuity of carer in nursing. *Journal of Nursing Management*, 3(4), 169-175.
- Puts, M.T.E., Sheraky, N., Widdershoven. G., Heldens. J., Lips, P., & Deeg, D.J.H. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16(2), 263-277.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). Introduction: Inquiry & participation in search of a world worthy of human aspiration. In Reason, P., & Bradbury, H. (eds.) *Handbook of Action Research: Participative inquiry and practice*. 2nd edition. London: Sage Publications.
- Roe, B, Daly, S, Shenton, G., & Lochhead, Y. (2003). Development and evaluation of intermediate care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 341–350.
- Russell, D., Rosati, R.J., Peng, T.R., Barron, Y., & Andreopoulos, E. (2013). Continuity in the provider of home health aide services and the likelihood of patient improvement in activities of daily living. *Home Health Care Management & Practice*, 25(1), 6-12.
- Rönnerman, K. (2004). *Aktionsforskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Saultz, J. W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *The Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, 30(12), 2437-2448.
- Seierstad, T. Ø., Holmeide, A. M., & Eimot, M. (2010). *Utskrivningsklare pasienter - Hvem er de og hvor hører de hjemme?* Oslo: Norsk Sykepleierforbund og Analysesenteret.
- Slettebø Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård I Norden*, 28(1), 22-25.

- Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og Etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sletterød, N. A. (2001). *Interregprosjektet Bedriftsutvikling uten grenser. Teoretiske og metodiske fokus på følgeevaluering av og følgeforskning på bedriftsutvikling*. NTF 2001:1. Steinkjer: Nord-Trøndelag forskning.
- Russell, D., Rosati, R.J., Peng, T.R., Barron, Y., & Andreopoulos, E. (2013). Continuity in the provider of home health aide services and the likelihood of patient improvement in activities of daily living. *Home Health Care Management & Practice*, 25(1), 6-12.
- Small N., Green J., Spink J., Forster A., & Young, J. (2009). Post-acute rehabilitation care for older people in community hospitals and general hospitals--philosophies of care and patients' and caregivers' reported experiences: a qualitative study. *Disability and rehabilitation*. 31(22), 1862-72
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*, IS-1201. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). -og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-465.
- Spreitzer, G. (2008). Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work. In J. Barling & C .L. Cooper (Eds.) *The SAGE Handbook of Organizational Behavior: Volume One: Micro Approaches* (p. 55).London: Sage Publications.
- Sydvold, W. (2009). *Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste*. Masteroppgave i folkehelse, MPH 2009:6, Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- van Servellen, G., Fongwa, M., & Mockus D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing Health Science*, 8(3), 185-195.

- van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(04), 407-417.
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I., & Vazquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Quality in Health Care*, 24(1), 39-48.
- Winroth, J., & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion. Med focus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. SISU Idrottsböcker.
- Worrall, G., & Knight, J. (2006). Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Canadian Family Physician*, 52, 754-755.
- World Medical Association. (2008). *The Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Lokalisert på: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>