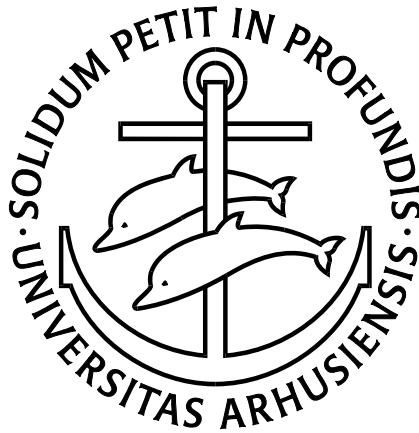


Kandidatspeciale



Den ældre medicinske patients overgang fra hospital til eget hjem

- et indblik i patienters oplevelser

af

Maria Haahr Uhd

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Maria Haahr Uhd
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: Juni 2009
Vejleder: Kirsten Frederiksen
Anslag: 119.280

Den ældre medicinske patients overgang fra hospital til eget hjem

- et indblik i patienters oplevelser

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Maria Haahr Uhd og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-95-3

Dette kandidatspeciale har i 2009 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

1. Indledning	3
1.1 Problembeskrivelse	3
1.2 Afgrænsning af problemområdet	5
1.3 Formål	7
1.4 Problemformulering	7
2. Litteraturgennemgang	8
2.1 Litteratursøgning	8
2.2 Præsentation af den udvalgte forskning	10
2.3 Forskningens fund	11
2.3.1 Patientens perspektiv	11
2.3.2 Hjemmesygeplejerskens perspektiv	12
2.4 Sammenfatning	13
2.5 Forskningsspørgsmål	14
3. Metodologi og metode	17
3.1 Den fænomenologisk inspirerede tilgang til indsamlingen af interviewdata	17
3.1.1 Patientens livsverden; emnet i det kvalitative forskningsinterview	18
3.1.2 Det fænomenologiske fokus på bevidsthed; erfaring og erkendelse	19
3.1.3 Forforståelsen i parentes	19
3.2 Fænomenologisk hermeneutisk tilgang til analysen	20
3.2.1 Formål, fortolkningskontekst og det fænomenologiske perspektiv	20
3.2.2 Meningskondensering	21
3.2.3 Forforståelsen og det hermeneutiske perspektiv	23
3.2.4 Den metodiske håndtering af forforståelsen	24
3.3 Teori; Patricia Benner & Judith Wrubel	26
4. Design	27
4.1 Specialets opbygning	27
4.2 Forberedelser	27
4.2.1 Etiske overvejelser	28
4.2.2 Projektbeskrivelse	28
4.2.3 Lægmandsbeskrivelse	28
4.2.4 Arbejdsjournal	28
4.3 Udvælgelse af informanter	29
4.4 Interviewguide	30
4.5 Interviews	32
4.6 Transskribering	33

5. Analyse	34
5.1 <i>Meningskondensering</i>	34
5.2 <i>Fund</i>	36
5.2.1 At forsvare de sundhedsprofessionelle – ”de er jo så søde alle sammen”	36
5.2.2 At føle sig klar	37
5.2.3 At være tryk – ”Når man ved, at de tager hånd om det hele”	38
5.2.4 At føle sig forstået og taget alvorligt	39
5.2.5 Netværket – ”alfa og omega”	41
5.2.6 At kunne klare sig hjemme – ”jeg skal jo ikke på plejehjem, vel”	42
5.3 <i>Sammenfatning af strukturerne</i>	44
5.4 <i>Delkonklusion</i>	45
6. Diskussion af undersøgelsens fund	45
6.1. <i>Undersøgelsens fund og tidligere forskning</i>	46
6.1.1 At forsvare de sundhedsprofessionelle	46
6.1.2 At føle sig klar	46
6.1.3 At føle sig tryk	46
6.1.4 At føle sig forstået og taget alvorligt	47
6.1.5 Netværk	48
6.1.6 At kunne klare sig hjemme	48
6.2 <i>Undersøgelsens uventede og nye fund</i>	49
6.2.1 At føle sig klar	49
6.2.2 At forsvare de sundhedsprofessionelle	52
6.3 <i>Besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål</i>	54
6.3.1 Tryghed	54
6.3.2 Patientinddragelse	55
6.3.3 Kontinuitet og kommunikation	56
7. Metodekritik og diskussion af undersøgelsens validitet	57
7.1 <i>Håndværksmæssig kvalitet</i>	57
7.2 <i>Kommunikativ validitet</i>	59
7.3 <i>Pragmatisk validitet</i>	60
8. Konklusion	61
9. Perspektivering	63
Referenceliste	65
Bilagsliste	68

1. Indledning

”For syg til hjemmeplejen og for rask til sygehuset, og dermed kasterbold mellem sundhedsvæsenets to sektorer. Det er situationen for titusinder af ældre danskere, som er landet i gråzonen mellem hjemmepleje og sygehus eller mellem de berømte to stole” Søren Palsbo, 2007.

Citatet stammer fra fagbladet Sygeplejersken, og er skrevet af Redaktør Søren Palsbo i forbindelse med en artikelserie om akutindlæggelser blandt ældre i Danmark (Palsbo 2007). Han understreger her, hvordan udviklingen i sundhedsvæsenet indenfor de seneste årtier kan få konsekvenser for den ældre borger i overgangene mellem sekundær- og primærsektor.

I denne undersøgelse er den plejekrævende ældre medicinske patients fra hospital til eget hjem og kontakt med hjemmesygeplejen undersøgt, med henblik på at opnå indsigt i patienternes oplevelser. Herigennem er det søgt at bidrage til et øget fokus på området, at tilskynde til fremtidig forskning og derigennem en mulig fremtidig forbedring af den sygeplejefaglige indsats for patienterne i overgangen.

1.1 Problembeskrivelse

Igennem de seneste årtier er der sket væsentlige forandringer indenfor sygehusene, både i forhold til omfang og art af aktiviteten. Udviklingen på det medicinske felt er rettet mod en hurtigere og mere effektiv udredning og iværksættelse af behandling, og nogle akutmodtagelsesafsnit udskrives over 50 % af patienterne direkte fra afdelingen. Det er således færre end halvdelen af patienterne, der indlægges på stationære afdelinger (Vinge, Buch 2007).

De seneste årtier er der sket et fald på 17 % i forbruget af sengedage på somatiske afdelinger, og den ambulante aktivitet er steget med 64 %. Da antallet af indlæggelser ikke er ændret væsentligt, betyder dette, at den gennemsnitlige indlæggelsestid på somatiske afdelinger er reduceret. I figur 1 har jeg illustreret udviklingen på baggrund af data fra pjecen *Sundhedsvæsenet i tal* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Udviklingen i sygehusaktivitet

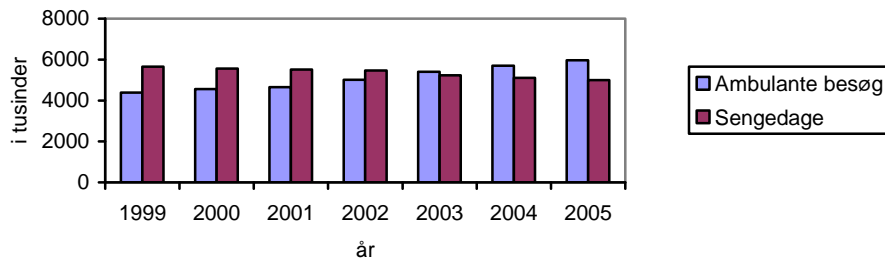


Fig. 1; Diagram over udviklingen i sygehusaktiviteten

Reduktionen i indlæggelsestid er imidlertid ikke ligeligt fordelt over patient- og aldersgrupper, og tendensen er, at reduktionen er større, jo ældre patienterne er.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er i perioden 1995 – 2003 reduceret mest indenfor det geriatriske område (44 %) og det medicinske område (25 %) (Vinge, Buch 2007). Artiklen *Flere ældre lider under korte indlæggelser* (Christensen K.B. 2007) anslår, at antallet af ældre patienter udskrevet fra sygehusene inden for det første døgn, er steget med 89 % fra 1997 til 2006.

De ovenfor skitserede ændringer i aktiviteten i den sekundære sektor har store konsekvenser for primærsektoren (Vinge, Buch 2007). I Sundhedsstyrelsens *vejledning om hjemmesygepleje* (Sundhedsstyrelsen 2006) pointeres, at udviklingen i sundhedsvæsenet, der blandt andet omfatter øget specialisering, accelererede patientforløb, et stigende antal kronisk syge samt udvikling af nye sygepleje- og behandlingsmetoder, stiller nye krav til hjemmesygeplejen. Disse krav indebærer, at hjemmesygeplejen i øget omfang skal løse komplekse og specialiserede sundhedsopgaver i tæt samspil med hospitaler og almen praksis (Sundhedsstyrelsen 2006).

I forordet til rapporten *Hjemmesygeplejen i Danmark* understreger Jes Søgaard, Direktør for DSI Institut for Sundhedsvæsen, vigtigheden af et forskningsmæssigt, såvel som politisk, fokus på hjemmesygeplejen (Vinge 2006). Dette underbygger relevansen af denne undersøgelses valgte problemområde.

1.2 Afgrænsning af problemområdet

Artikelserien fra fagbladet *Sygeplejersken* (2007) samt egne kliniske erfaringer og faglige diskussioner med andre hjemmesygeplejersker, har bidraget til min interesse for problemområdet. Igennem ovenstående har jeg erfaret, at der kan opstå problemer relateret til overgangen fra hospital til hjemmesygepleje for ældre patienter. Disse erfaringer omfatter blandt andet udskrivelsesplanlægning, hvor hjemmesygeplejen ikke er blevet tilstrækkeligt informeret til at kunne sikre kontinuitet i sygeplejen og krav om varetagelse af specialiserede sygeplejeopgaver, som hjemmesygeplejersken ikke har været oplært i eller haft erfaring med. Derfor har jeg i denne undersøgelse valgt at fokusere på de ældre patienters overgang fra hospital til eget hjem.

Der er flere faser i overgangen, herunder udskrivelsesplanlægning og primærsektorens efterfølgende overtagelse af ansvaret for de ældre patienters pleje og behandling. I denne undersøgelse er der fokuseret på den del af overgangen, der ligger efter den ældre patients udskrivelse og etablering af kontakt til hjemmesygeplejen.

I denne fase kan problematikken betragtes fra flere perspektiver. Efter kontakt med projektets interessenter erfarede jeg, at forskellige tiltag til forbedring af de ældre patienters overgang til eget hjem var sat i værk. Det lykkedes dog ikke at finde undersøgelser med fokus på de kvalitative aspekter af patienternes oplevelser af overgangen. Da jeg har ønsket at opnå indsigt i patienternes oplevelser af overgangen og de forhold, der for dem er betydningsfulde i denne del af forløbet, har jeg valgt at foretage dataindsamlingen via kvalitative forskningsinterviews.

Der ses generelt en stigende interesse for patientens rolle i sundhedsvæsenet, både i sundhedspolitisk regi, i administrativt regi i og i fagpolitisk regi. Der er, ifølge debatoplægget *Brugernes sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform*, behov for et gennemgribende paradigmeskifte og indførelse af en helt ny videns- og forandringskultur i sundhedsvæsenet (Innovationsrådet 2007).

I ovennævnte debatoplæg påpeges, at kerneydelsen i et brugerorienteret sundhedsvæsen ikke kun er den faglige kvalitet, men også den oplevede kvalitet. Det optimale forløb

kræver en stærk kobling mellem klinisk-faglig kvalitet, organisatorisk kvalitet samt den oplevede kvalitet, og for brugeren er det meningsløst at skelne mellem disse tre dimensioner (Innovationsrådet 2007).

Debatoplægget peger på sammenhæng, information, kommunikation, omsorg og indlevelse, tilgængelighed, tryghed og et helbredende miljø, som værende essentielle krav fra brugerne til kvaliteten i det optimale forløb. Det fremgår af et projekt om *Patienters oplevelser af Overgange mellem Primær- og sekundærsektor*, at 42 % af patienterne oplever manglende sammenhæng og koordination mellem de to sektorer (Krag et al 2007). Flere undersøgelser af brugernes oplevelser af det danske sundhedsvæsen peger på, at sammenhæng er afgørende for oplevelsen af et positivt forløb, og at den manglende sammenhæng er et væsentligt kritikpunkt. Desuden understreges vigtigheden af brugernes tryghed, og der henvises til fokusgruppeinterviews med brugere, som illustrerer kompleksiteten af begrebet tryghed (Innovationsrådet 2007).

Ud fra ovenstående kan patienternes oplevelse af overgangen fra hospital til eget hjem og kontakt med hjemmesygeplejen, med fokus på den oplevede kvalitet, ses som en essentiel del af grundlaget for udviklingstiltag på området. Derfor har jeg valgt at undersøge problemområdet ud fra de ældre patienters perspektiv.

Studier af accelererede kirurgiske patientforløb er centreret om nye teknologier og fremstår som et samlet koncept, uanset patientens sygdom. Studier af hurtige medicinske patientforløb er derimod centreret om en reorganisering af behandlingen, typisk med fokus på at flytte en del af pleje og behandling til patientens eget hjem, og patientforløbene er her varierende og afhængige af patientens sygdom (Masen 2008).

Da fokus for de hurtige medicinske patientforløb er at overflytte dele af pleje og behandling, der tidligere hørte under hospitalerne, til primærsektoren, og det valgte problemområde omhandler tiden efter udskrivelse, har jeg valgt at fokusere på ældre medicinske patienter i denne undersøgelse. Undersøgelsen afgrænses endvidere til almenmedicinske patienter, og patienter med sygdomme såsom apopleksi,

demenslidelser, hjerneskader og psykiske sygdomme er ekskluderet, da der her kan være tale om påvirket kognitiv funktion. Desuden terminale patienter ekskluderet, da der her er tale om særlige omstændigheder og særlige foranstaltninger såsom det palliative team.

Aldersgruppen er afgrænset til 65+, hvilket svarer til definitionen af *ældre* i de anvendte videnskabelige databaser. Eftersom en alder på 65 år og derover i dag ikke nødvendigvis betyder, at man har brug for sygepleje eller pleje efter udskrivelsen, er definitionen af patientgruppen udvidet med begrebet *plejkrævende*. Plejkrævende skal her forstås sådan, at patienten har behov for kontinuerlig pleje efter udskrivelse.

Denne undersøgelse er således afgrænset til plejkrævende ældre medicinske patienters oplevelser af overgangen fra hospital til eget hjem og kontakt med hjemmesygeplejen. Den plejkrævende ældre medicinske patient anføres herefter som *patienten* og overgangen fra hospital til eget hjem og kontakt med hjemmesygeplejen anføres herefter som *overgangen*.

1.3 Formål

Formålet med undersøgelsen har været, at skabe indsigt i og viden om, hvilke faktorer der kan have betydning for den valgte patientgruppes oplevelser af overgangen fra hospital til eget hjem.

1.4 Problemformulering

Hvilke faktorer kan have betydning for den plejkrævende ældre medicinske patients oplevelse af overgangen fra hospital til eget hjem og kontakt til hjemmesygeplejen?

2. Litteraturgennemgang

I afsnit 2.2 er der foretaget en fokuseret litteraturgennemgang, med henblik på at etablere overblik over den eksisterende forskning relateret til patienternes overgang fra hospital til eget hjem. Den fokuserede litteraturgennemgang bidrager med identifikation af huller eller uoverensstemmelser i forskningen og er nødvendig for at afgøre om den viden, der frembringes i undersøgelsen er ny. Litteraturgennemgangen er dermed det fundament, der sikrer, at undersøgelsen udgør et gyldigt bidrag til den videnskabelige viden (Whittemore, Knafelz 2005). Selvom denne undersøgelse er foretaget i en dansk kontekst, har jeg valgt at inddrage internationale undersøgelser, til afdækning af den eksisterende forskning på området. Det er vurderet, at de inddragede undersøgelser er foretaget i kontekster der er sammenlignelige med den danske, og at deres fund derfor kan være relevante. Litteratursøgning er beskrevet i afsnit 2.1 og en udførlig søgeprotokol forefindes som Bilag 1.

2.1 Litteratursøgning

I dette afsnit er den systematiske litteratursøgning præsenteret, da en grundig og relevant litteratursøgning er central i akademiske opgaver (Buus et al. 2008). Da det har været relevant for problemstillingen at søge litteratur i sundhedsvidenskabelige databaser, er litteratursøgningen foretaget i PubMed, Cinahl og SveMed. PubMed er valgt, da denne database, med mere end 16 millioner referencer er en af de mest omfangsrige databaser indenfor medicin og sygepleje. Cinahl er en database, der fortrinsvist indeholder sygeplejeforskning og derfor har været relevant for søgning i forhold til problemstillingen. SveMed er valgt for at afdække eventuel publiceret forskning på nordiske sprog, som ikke findes i de internationale databaser. Udover den systematiske bloksøgning er der efterfølgende foretaget en usystematisk kædesøgning, samt usystematiske søgninger på sygeplejersken.dk, sundhedsstyrelsen.dk samt på dsi.dk. Den systematiske søgning omfattede tre blokke;

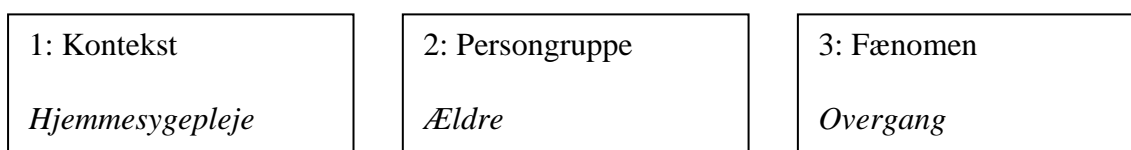


Fig.2; Oversigt over søgeblokkene

Søgeordene i blok 3 er under den systematiske søgning anvendt som ”Major Concept”, da det var referencer med fokus på overgangen, som havde relevans for problemstillingen. Søgetermerne blev oversat i hver databases tesaurus. Opbygningen af kontrollerede emneord var forskellig i hver enkelt database, hvorfor blokkenes indhold var forskellig for hver søgning. Blokkene indeholdt en kombination af kontrollerede emneord og fritekstsøgning, hvor dette blev skønnet nødvendigt. Fælles for søgningerne i alle tre databaser var, at blokkene internt blev kombineret med den booleske søgeoperator OR og herefter kombineret på tværs med den booleske søgeoperator AND. Desuden blev resultaterne af bloksøgningerne sorteret ud fra eksklusionskriterierne¹; *Kirurgi, apopleksi, demenslidelser, hjerneskader, psykiske sygdomme, palliativ sygepleje*. I søgningerne i alle databaser blev explode-funktionen anvendt, hvor det var muligt. I figur 3 ses en oversigt over søgninger og resultater.

Databaser	Søgetermer	Hits	Udvalgte
Cinahl	1: <i>community health nursing, professional home nursing</i> 2: <i>aged, aged 80+</i> 3: <i>discharge planning, early patient discharge, patient discharge, after care</i>	74	4
PubMed	1: <i>community health nursing, home care service,</i> 2: <i>aged, aged 80+</i> 3: <i>patient discharge, after care</i>	104	2
SveMed	1: <i>community health nursing, home care service,</i> 2: <i>aged, aged 80+</i> 3: <i>patient discharge, after care</i>	23	0

Fig. 3; Oversigt over den systematiske bloksøgning

¹ For en detaljeret beskrivelse af overvejelserne bag de valgte inklusions- og eksklusionskriterier, henvises til søgeprotokollen i bilag 1.

2.2 Præsentation af den udvalgte forskning

1. *The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process.* Rydeman og Törnkvist (2006) undersøgte sundhedsprofessionelles erfaringer med patienters situation i udskrivelsesprocessen. Undersøgelsen påpegede, at en fælles klarlagt ramme med bevidste og organisatorisk forankrede værdier, samt hensyntagen til patientens ressourcer, så ud til at være af særlig betydning for en optimal, tryk og god pleje i udskrivelsesforløbet.

2. *Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting.* Grönroos og Perälä (2005) undersøgte ligeledes ældre patienters udskrivelsesproces fra de sundhedsprofessionelles perspektiv. De fandt, at god kommunikation mellem hospital og hjemmesygepleje samt sufficient information omkring patienternes sygdom, behandling og pleje lod til at blive anset som afgørende for en vellykket udskrivelsesproces.

3. *The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse.* McKeown (2007) fandt i denne undersøgelse af ældres behov efter udskrivelse fra hospitalet, at de tilsyneladende oplevede mangfoldige og varierende problemer i mestringen af deres pleje under udskrivelsen.

4. *Falling Short of the Mark: Tales of Life after Hospital Discharge.* LeClerc et al (2002) undersøgte ældre kvinders udfordringer og behov de første uger efter udskrivelse. Af denne undersøgelse fremgik det, at de formelle udskrivelsesplaner fra hospitalsafdelingerne ikke så ud til at stå mål med den komplekse realitet, de ældre kvinder mødte efter udskrivelsen.

5. *'They were talking about me' – elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference.* Efraimsson et al. (2006) fandt i denne interviewundersøgelse af ældre kvinders oplevelse af konferencer i forbindelse med udskrivelsesplanlægning, at kvinderne lod til at opleve sig selv som udenforstående tilskuere i hænderne på andre, og at de syntes at have svært ved at mestre situationen.

6. *Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home.* Efraimsson et al (2003) undersøgte her en ældre kvindes følelse af styrke og magtesløshed i udskrivelsesplanlægningen. De kom frem til, at planlægning af patientens udskrivelse syntes at blive styret af de

sundhedsprofessionelle, med ringe inddragelse af patienten og hendes perspektiv, hvilket lod til at medføre en følelse af magtesløshed hos patienten.

Der blev foretaget en kritisk vurdering af ovenstående forskningsartikler, for at opnå forståelse af undersøgelseernes fund og vurdere resultaternes validitet (Buus et al. 2008). Et fælles kritikpunkt for samtlige artikler var manglende refleksivitet, eller begrænset eksplicitering af denne, hvilket er en vigtig faktor for valideringen af undersøgelseernes fund. Eftersom baggrund, metode- og teorivalg og metoder til dataanalyse overordnet var grundigt ekspliciteret og argumenteret for, blev undersøgelseernes fund medtaget i redegørelsen af den eksisterende forskning på området.

2.3 Forskningens fund

2.3.1 Patientens perspektiv

Udskrivelsesplanlægningen

LeClerc et al fandt, at det tydede på, at de formelle udskrivelsesplaner fra hospitalerne ikke formåede at indfange den kompleksitet, der prægede udskrivelsesprocessen (LeClerc et al. 2002). Ligeledes fremgik det at planlægningen primært syntes at fokusere på de fysiske og medikamentelle behov og at blive tilpasset de organisatoriske rammer og begrænsninger frem for patienternes individuelle behov (ibid.). Dette fund stemte overens med resultaterne af Efraimsson et als (2003) undersøgelse, der angav, at indhold, struktur og udførelse af udskrivelses-konferencerne primært syntes at blive styret af de sundhedsprofessionelle under indflydelse af medicinske og organisatoriske perspektiver (ibid.). LeClerc et al (2002) fandt desuden, at patienternes liv lod til at være prægede af intense fysiske og følelsesmæssige behov og følelser af frygt, relateret til kriser der ikke blev taget højde for i udskrivelsesplanlægningen (LeClerc et al. 2002). Ifølge undersøgelsen lod det endvidere til at patienterne oplevede at være afhængige af pårørende, til indfrielse af behov der ikke blev dækket af de sundhedsprofessionelle (LeClerc et al. 2002).

Patientinddragelse

Manglende patientinddragelse i planlægningen var et tilbagevendende tema i forskningen. En undersøgelse påviste, at de ældre ikke syntes at blive tilstrækkeligt forberedt på livet efter udskrivelsen, og kun sjældent blev involveret i planlægning og beslutningstagning (LeClerc et al. 2002). Dette underbyggedes yderligere af Efraimsson et al, som fremførte at patientperspektivet tilsyneladende kun i ringe grad blev inddraget i udskrivelsesplanlægningen. De fandt at diskussionsemnerne lod til at blive styret af de sundhedsprofessionelle, og at samtalerne foregik om patienten frem for med patienten (Efraimsson et al. 2003). Af en interviewundersøgelse fremgik det, at patienter syntes at opleve, at befinde sig i en ekskluderet position under udskrivelsesplanlægningen og dermed føle sig som udenforstående tilskuere. Det påpegedes at dette, sammenholdt med at patienterne manglede vigtige informationer inden mødet, syntes at kunne vanskeliggøre deres mestring af situationen (Efraimsson et al. 2006).

2.3.2 Hjemmesygeplejerskens perspektiv

Udskrivelsesplanlægningen

Forskningen på området indikerede, at der lod til at mangle en holistisk tilgang til patienternes situation i udskrivelsesprocessen (Rydeman, Törnkvist 2006). Rydeman og Törnkvist påpegede at hjemmesygeplejerskerne oplevede, ikke at være involverede nok i udskrivelsesplanlægningen. Dette syntes at resultere i problemer både med udskrivelsesplanlægning, der i realiteten ikke lod sig gøre, og med manglende planlægning af forløbet efter udskrivelsen (ibid.).

Kommunikation, koordination & Samarbejde

En tilbagevendende faktor i forskningen på området var, at der primært syntes at opstå problemer i udskrivelsesprocessen relateret til kommunikation, koordination og samarbejde (Rydeman, Törnkvist 2006, Grönroos, Perälä 2005). Problemerne lod til at opstå i forhold til for sen og insufficient information til hjemmesygeplejen omkring udskrivelserne (Rydeman, Törnkvist 2006). Rydeman et al fandt desuden, at der tilsyneladende opstod vanskeligheder i samarbejdet, forårsaget af uklarheder om ansvars- og opgavefordeling mellem sektorerne og de sundhedsprofessionelle (ibid.).

Grönroos og Peräläs undersøgelse viste, at kommunikationen og samarbejdet mellem sektorerne og de involverede sundhedsprofessionelle lod til at være af afgørende betydning for en vellykket udskrivesproces (Grönroos og Perälä 2005).

Patientinddragelse

Ifølge Grönroos og Perälä syntes det at være af særlig betydning for samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, at der var en fælles, fastlagt ramme med bevidste og organisatorisk forankrede grundlæggende værdier, samt at hensynet til patientens ressourcer blev inddraget i planlægningen (Grönroos og Perälä 2005). Rydeman og Törnkvists påpegede, at der ikke altid blandt de sundhedsprofessionelle udvistes respekt, for den ældres selvbestemmelsesret og integritet, og at der således i udskrivesplanlægningen og -processen lod til ikke at blive taget hånd om det unikke og individuelle (Rydeman, Törnkvist 2006).

2.4 Sammenfatning

Forskningen på området viste, at udskrivesplanlægningen lod til at være centralt for patienternes oplevelse af overgangen. I planlægningen tegnede patientinddragelsen til at spille en vigtig rolle, ikke kun for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem, men også for samarbejdet mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer. Patientinddragelse i planlægningen syntes bidrage til et større fokus på patientens psykosociale og følelsesmæssige behov, hvilket lod til at være vigtigt for patientens mestringsmuligheder efter udskrivelsen. Desuden tydede det på, at manglende eller insufficient planlægning kunne medføre, at patienterne oplevede at være afhængige af de pårørende. Endvidere tydede det på, at kommunikation, koordination og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer var en essentiel forudsætning for kvaliteten i udskrivesprocessen.

Der var overordnet overensstemmelse mellem resultaterne af den udvalgte forskning. Temaerne *udskrivesplanlægning* og *patientinddragelse* var gennemgående for samtlige af de inkluderede undersøgelser og var de overordnede temaer i undersøgelser af patientperspektivet. I undersøgelser af de sundhedsprofessionelles perspektiv var de væsentligste temaer kommunikation, koordination og samarbejde, samt

udskrivelsesplanlægning og patientinddragelse. Det eneste tema, der adskilte undersøgelse af hhv. patientperspektivet og de sundhedsprofessionelles perspektiv, var således *kommunikation, koordination og samarbejde*.

Der foreligger undersøgelser på området både fra det sundhedsfaglige perspektiv og patientperspektivet, men der er kun fundet få undersøgelser med fokus på patienternes oplevelser i overgangen. Heraf udledes, at forskning i patientperspektivet på området er sparsom, hvilket underbygger relevansen og vigtigheden af denne undersøgelse.

2.5 Forskningsspørgsmål

Undersøgelsens forskningsspørgsmål blev udarbejdet på baggrund af den præsenterede forskning og undersøgelsens formål.

Det optimale patientforløb kræver, ifølge *Brugernes sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform*, en stærk kobling mellem klinisk-faglig-, organisatorisk- og oplevet kvalitet. Fokus for denne undersøgelse var patienternes oplevelser, og er derfor koncentreret om den oplevede kvalitet i patientforløbet. Den brugeroplevede kvalitet er kompleks og under indflydelse af mange forskellige faktorer, herunder tryghed, patientinddragelse, kontinuitet og kommunikation (Innovationsrådet 2007).

Den første faktor i ovenstående beskrivelse af *den oplevede* kvalitet er patientens tryghed. Begrebet *tryghed* er for patienterne et komplekst og sammensat begreb (Innovationsrådet 2007), der blandt andet omfatter oplevelsen af at være i kompetente hænder, at personalet er fagligt opdateret og nærværende, at patienten kan overskue det tilrettelagte forløb, hensigtsmæssig og tilstrækkelig kommunikation samt gode relationer til de sundhedsprofessionelle (ibid).

Den anden faktor i *den oplevede kvalitet* er patientinddragelsen. Forskningen på området viste, at patientinddragelse syntes at være en vigtig faktor for de ældre patienter i udskrivelsesprocessen. Patienterne gav udtryk for manglende inddragelse i planlægning og beslutningstagning i udskrivelsesprocessen, hvilket lod til at bevirke, at

de følte sig oversete og handlet hen over hovedet på (LeClerc et al 2002, Efrainsson et al 2003, Efrainsson et al 2006).

De sidste faktorer i *den oplevede kvalitet* er *kontinuitet og kommunikation*. Disse er afgørende betingelser for patienternes oplevelse af et positivt forløb og en væsentlig faktor for patienternes følelse af tryghed (Innovationsrådet 2007, Amdtsrådsforeningen 2003). Kontinuiteten sikres i det væsentligste af kommunikationen, både når der videregives informationer på tværs af sektorerne, og når patienten møder de sundhedsprofessionelle (ibid). Forskningen på området viste ligeledes, at kommunikation, koordination og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og sektorer, syntes at være afgørende for udskrivelsesprocessen (Grönroos, Perälä 2005, Rydeman, Törnkvist 2006). Til illustration af ovenstående har jeg her skitseret de beskrevne sammenhænge mellem elementerne i den brugeroplevede kvalitet.

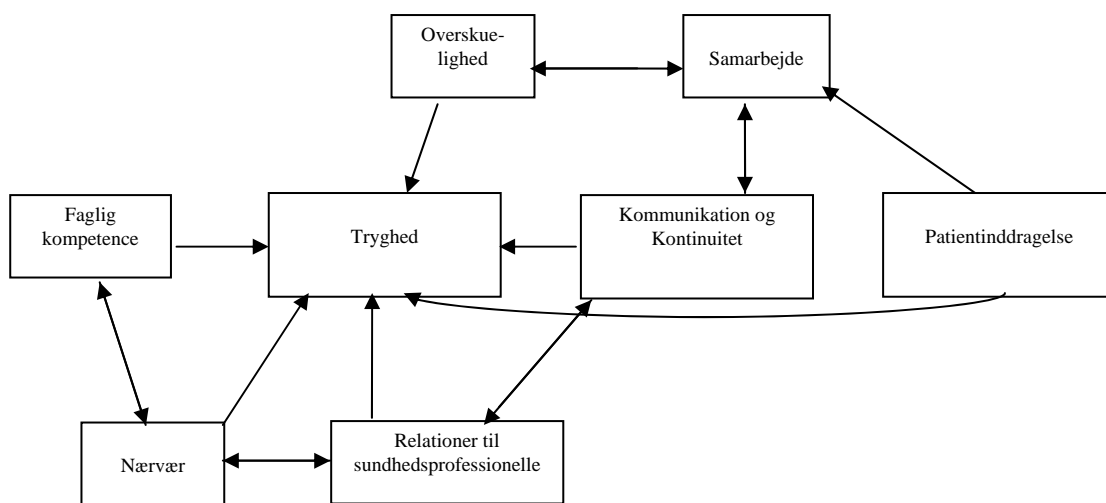


Fig.4; Oversigt over den brugeroplevede kvalitet

På baggrund af ovenstående er følgende tre forskningsspørgsmål formuleret til besvarelse i undersøgelsen;

Hvilke faktorer kan have indflydelse på patienternes oplevelse af tryghed, i overgangen til eget hjem?

Hvilken betydning kan patientinddragelse i planlægning og beslutningstagning have for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?

Hvilken betydning kan kommunikation og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer have for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?

Disse forskningsspørgsmål har dannet baggrund for den semistrukturerede interviewguide og perspektiv for analyse af interviewdata.

3. Metodologi og metode

I det følgende er denne undersøgelses metodiske tilgang til dataindsamling og analyse samt det videnskabsteoretiske perspektiv, der har baggrund i de filosofiske forståelsesrammer indenfor fænomenologi og hermeneutik, beskrevet. Undersøgelsens problemformulering og forskningsspørgsmål har lagt op til en eksplorativ deskriptiv undersøgelse, idet problemområdet er undersøgt fra et kun delvist udforsket perspektiv med fokus på en beskrivelse af fænomenet, som det oplevedes af patienterne. Derfor blev det semistrukturerede kvalitative forskningsinterview valgt som metode til indsamling af data. Som inspiration til den metodiske tilgang i undersøgelsen har jeg anvendt Steinar Kvale² og Svend Brinkmann³, da de i bogen, *InterView – introduktion til et håndværk*, beskriver metoder til både indsamling og analyse af data med udgangspunkt i det kvalitative forskningsinterview (Kvale, Brinkmann 2009). Desuden anses Kvale for at være en af de førende teoretikere indenfor feltet. Kvales metoder er hyppigt anvendt indenfor humanvidenskaberne, og indenfor sygeplejevidenskaben er han benyttet som metodisk referenceramme i adskillige forskningsprojekter⁴, hvilket yderligere har underbygget relevansen af denne metodiske tilgang til undersøgelsen.

3.1 Den fænomenologisk inspirerede tilgang til indsamlingen af interviewdata

I dette afsnit er den metodiske tilgang til dataindsamlingen beskrevet ud fra Kvale og Brinkmann, med inddragelse af Zahavi⁵ til at uddybe centrale aspekter af den fænomenologiske filosofi.

² Steinar Kvale var professor i psykologi og leder ved Center for Kvalitativ metodeudvikling ved psykologisk institut på Århus Universitet.

³ Svend Brinkmann, professor i psykologi ved Aalborg Universitet

⁴ Heriblandt kan nævnes Wu, H.S., McSweeney, M. 2007, der undersøgte betydningen af cancerrelateret udmattelse fra patienternes perspektiv og Draper, P. 1996 der ved hjælp af fokusgruppeinterviews undersøgte begrebet livskvalitet blandt ældre patienter og sygeplejersker.

⁵ Dan Zahavi; professor og ph.d. og leder af Center for Subjektivitetsforskning. Blev i 2007 tildelt Videnskabsministeriets eliteforskningspris, da han har slået sit navn fast som international frontforsker indenfor subjektivitetsforskning og fænomenologi (forsknings- og innovationsstyrelsen 2007).

Ifølge Kvale og Brinkmann er fænomenologi i forhold til kvalitativ forskning et begreb, der peger på en interesse i at beskrive verden, som den opleves af interviewpersonerne ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er den, mennesket opfatter (Kvale, Brinkmann 2009). Fænomenologien har været relevant for afklaringen af forståelsesformen i det kvalitative forskningsinterview ved at fokusere interviewet på den oplevede betydning af interviewpersonernes livsverden (Kvale, Brinkmann 2009).

Fænomenologien kan ses som en filosofisk analyse af genstandens forskellige fremtrædelsesformer og som en reflektiv undersøgelse af de forståelsesstrukturer, der får genstanden til at fremstå, som den gør (Zahavi 1997). Patientens rolle i overgangen former en forståelsesstruktur, og patientens oplevelse, som har været fokus for denne undersøgelse, er derfor blot en af genstandens fremtrædelsesformer.

Ifølge Kvale og Brinkmann indbefatter anvendelsen af et fænomenologisk perspektiv i dataindsamlingen *”fokus på bevidsthed og livsverden, åbenhed over for interviewpersonernes oplevelser, afgørende vægt på præcise beskrivelser, forsøg på at sætte forhåndsviden i parentes og en søgen efter invariante essentielle betydninger i beskrivelserne”* (Kvale, Brinkmann 2009, s. 70). Måden hvorpå disse elementer har indgået i design og udførelse af dataindsamlingen i denne undersøgelse er beskrevet i de følgende afsnit. En udførlig beskrivelse af udarbejdelsen af interviewguide samt interviews, findes i afsnit 4.4 og 4.5, i kapitlet om undersøgelsens design.

3.1.1 Patientens livsverden; emnet i det kvalitative forskningsinterview

Ifølge Kvale og Brinkmann er livsverden emnet for det kvalitative forskningsinterview (Kvale, Brinkmann 2009, s.70), og da livsverdenen således er et centralt begreb for den fænomenologiske tilgang til indsamlingen af interviewdata, er der her kort redegjort for begrebet.

De påpeger, at menneskets livsverdenen omfatter verden, således som den mødes i dagliglivet, og foreligger i direkte og umiddelbar oplevelse, uafhængigt af og forud for videnskabelige forklaringer (Kvale, Brinkmann 2009). Det er kun livsverdenen, der muliggør en ikke-reduktionistisk forståelse af mennesket og dets liv (Zahavi 1997). Det

betyder, at eftersom jeg har søgt at forstå informanternes oplevelse af overgangen og forstå hvilke ting, der her kunne være betydningsfulde for dem, har jeg måttet søge svarene i deres livsverden uden at lade undersøgelsen påvirke af hvad, jeg på forhånd formodede. Ved en fænomenologisk inspireret tilgang til indsamlingen af interviewdata har min åbenhed for, og mit fokus på, informanternes oplevelser og erfaringer medført mulighed for at opnå adgang til deres livsverden.

3.1.2 Det fænomenologiske fokus på bevidsthed; erfaring og erkendelse

Kvale og Brinkmann understreger, at den fænomenologiske tilgang til indsamlingen af interviewdata indebærer fokus på bevidsthed, såvel som på livsverden (Kvale, Brinkmann 2009, s.70). Dette fokus på bevidstheden kan, med Zahavi, formuleres som det, fænomenologien angår; de principielle betingelser for erkendelse, sandhed og mening. Zahavi pointerer, at for at det system af gyldighed og mening, som virkeligheden udgør, kan manifestere og udfolde sig, kræves et erfaringsmæssigt og begrebsligt perspektiv, hvilket gør første-personsperspektivet til en uundgåelig forudsætning for den fænomenologiske tilgang (Zahavi, s.16ff). Dette underbygger Kvale og Brinkmanns henvisning til åbenhed for informanternes oplevelser som en central del af den fænomenologisk inspirerede indsamling af interviewdata (Kvale, Brinkmann 2009, s.70). For dataindsamling i denne undersøgelse har det betydet, at fokus på informanternes erfaringsmæssige og begrebslige perspektiv har været centralt.

3.1.3 Forforståelsen i parentes

Den fænomenologiske tilgang indebærer et forsøg på at sætte den commonsensebaserede og videnskabelige viden i parentes i forsøget på at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen (Kvale, Brinkmann 2009, s.45). I den fænomenologiske analyse bør videnskabelige fordomme undgås, og i stedet bør analysen styres af det, som rent faktisk foreligger (Zahavi s.25f).

Den præsenterede baggrundslitteratur og forskning på området, har dannet udgangspunkt for undersøgelsens forskningsspørgsmål og dermed for dataindsamlingen. Dette har været nødvendigt for at skabe en ramme for interviewene og undgå data uden relevans for det valgte undersøgelsesområde. Interviewene er

foregået med åbne spørgsmål, og jeg har været åben for nye perspektiver og sammenhænge frem for at lade mig styre af, hvad jeg på forhånd forventede at finde. Jeg har bevidstgjort mig om min egen forforståelse og har derved gjort det muligt at kontrollere, at interviewguidens spørgsmål ikke har ledt informanterne til bestemte, foruddefinerede svar, og at dataindsamlingen ikke på ubevidst vis er blevet styret af min forforståelse. Den metodiske håndtering af forforståelsen er beskrevet nærmere i afsnit 3.2.4.

3.2 Fænomenologisk hermeneutisk tilgang til analysen

Videnskabsteoretisk har jeg i analysen taget afsæt i både fænomenologien og hermeneutikken. I følgende citat beskrives forskellen mellem den fænomenologiske og den hermeneutiske tilgang ud fra den grundlæggende interesse for forskerne:

”Mens fænomenologer typisk er interesserede i at illustrere, hvordan mennesker oplever fænomener i deres livsverden, behandler hermeneutiske forskere fortolkningen af mening” (Kvale, Brinkmann 2009, s.30).

Da min interesse har været at opnå indsigt i informanternes livsverden, oplevelser og erfaringer, har fænomenologien været relevant som udgangspunkt for både dataindsamling og analyse. At jeg tillige har valgt at lade mig inspirere af hermeneutikken, beror på måden, jeg forholder mig til min forforståelse i forskningsprocessen. Jeg har valgt at arbejde ud fra bevidstheden om, at min forforståelse er en uundgåelig del af mig som forsker og derfor en uundgåelig del af forskningsprocessen. Ud fra denne erkendelse, har jeg forholdt mig til min forforståelse, sådan som det anbefales i hermeneutikken. Hertil har jeg valgt at anvende principper til den metodiske håndtering af forforståelsen, sådan som Fredslund⁶ fremlægger dem på baggrund af Gadammers filosofiske hermeneutik. Dette uddybes nærmere i afsnit 3.2.4.

3.2.1 Formål, fortolkningskontekst og det fænomenologiske perspektiv

Kvale og Brinkmann (2009) pointerer vigtigheden af forskerens overvejelser om, hvilket formål analysen har for at kunne afdække hvilke typer spørgsmål, der skal stilles

⁶ Hanne Fredslund; cand.scient.pol. og ph.d. Forsker på arbejdsmiljøinstituttet og underviser i kvalitative metoder.

til teksten. Det skal afklares, om formålet er at afdække de enkelte informanternes oplevelse af et fænomen eller at bruge deres beskrivelser til at udvikle en bredere fortolkning af fænomenet. Tillige skal det afklares om formålet er at få fat i den udtrykte mening eller at få fat i latente, ubevidste meninger.

Formålet med analysen i denne undersøgelse, har været at afdække de enkelte informanternes oplevelser af fænomenet samt at få fat i den udtrykte mening i interviewet frem for at fortolke det usagte for at frembringe latente og ubevidste meninger.

Kvale og Brinkmann (2009) skitserer tre forskellige mulige fortolkningskontekster; *selvforståelse*, *kritisk commonsense-forståelse* og *teoretisk forståelse*. I konteksten *selvforståelse* består fortolkningen af, at forskeren fremsætter en kondenseret formulering af informantens egen opfattelse af et udsagns betydning. Fortolkningen begrænses altså til informantens selvforståelse. I konteksten *kritisk commonsense-forståelse* rækker fortolkningen udover informantens selvforståelse men ligger stadig indenfor en commonsense-forståelse. Analysen omfatter i den kontekst en bredere forståelsesramme end informantens egen. I den *teoretiske forståelse* anlægges en teoretisk ramme til fortolkning af meningen med et udsagn. Fortolkningen er i denne kontekst tilbøjelig til at overskride informantens selvforståelse og rækker udover en commonsense-forståelse (ibid, s.237f.).

Disse tre fortolkningskontekster for analysen udspringer i forskellige forklaringer af forskerens perspektiv, og de fører til forskellige former for analyse (ibid, s.237f). Da analysen i denne undersøgelse overordnet har haft til formål at skabe indsigt i informanternes oplevelser og erfaringer, blev fortolkningen i analysen afgrænset til *selvforståelseskonteksten*.

3.2.2 Meningskondensering

I forhold til analyse af interviewdata beskriver Kvale og Brinkmann Giorgis⁷ *meningskondensering* udviklet på baggrund af fænomenologisk filosofi (ibid, s.227). De

⁷ Amedeo Giorgi; ph.d. og professor i eksperimentel psykologi. Har udviklet en fænomenologisk analysemetode (meningskondensering).

pointerer, at denne analyse befinder sig i fortolkningskonteksten selvforståelse, som blev beskrevet i foregående afsnit. Da denne kontekst stemmer overens med undersøgelsens fokus og formål, har jeg valgt at anvende meningskondenseringen som analyseværktøj. I det følgende beskriver jeg meningskondenseringen ud fra Kvale og Brinkmann, suppleret af centrale punkter fra Giorgi.

Det er vigtigt at pointere, at denne analyse er *inspireret* af fænomenologien men ikke kan betragtes som en fænomenologisk analyse.

“No work can we consider to be phenomenological if some sense of the reduction is not articulated and utilized.” Giorgi, A. 1997.

I ovenstående citat pointerer Giorgi, at hvis man som forsker ikke efterlever aspekterne i den fænomenologiske reduktion, kan man ikke kalde undersøgelsen for fænomenologisk. Ifølge Giorgi indebærer den fænomenologiske reduktion, at man sætter sin forforståelse om det undersøgte fænomen i parentes for at møde det og beskrive det præcist, som det opleves og at betragte det givne præcist, som det er givet, som en fremtrædelse eller et fænomen (Giorgi 1997). Det er min opfattelse, at en stringent fænomenologisk tilgang kræver et indgående kendskab til den fænomenologiske filosofi, som kan opnås gennem litteratur og gennem erfaring med anvendelsen af principperne i praksis. Jeg finder ikke mit kendskab til fænomenologien dybdegående nok til, at jeg kan postulere at efterleve principperne i den fænomenologiske reduktion fuldt ud.

Ifølge Kvale og Brinkmann indebærer Giorgis meningskondensering, at de meninger, der udtrykkes af informanterne, gives en kortere formulering. Lange udsagn sammenfattes, hvor hovedbetydningen af disse omformuleres i få ord (Kvale, Brinkmann 2009, s.227). Analysen omfatter fem trin, som er skitseret i det følgende. Den konkrete anvendelse af trinene undersøgelsens analyse, er uddybet i afsnit 5.

Første trin er, at forskeren gennemlæser hele interviewet, med henblik på at opnå en fornemmelse af den overordnede betydning i informanternes beskrivelser (ibid, s.228, Giorgi 1997). Derpå bestemmer forskeren de naturlige meningsenheder, sådan som de udtrykkes af informanterne (ibid, s.228). Ifølge Giorgi (1997) ledes dette trin af det

princip, at delene udledes ud fra kriterier, der er relevante for den videnskabelige disciplin, og at forskerens intuition styres af et på forhånd valgt perspektiv. Ud fra meningsenhederne formulerer forskeren, så enkelt som muligt, de dominerende temaer i de enkelte enheder, således at udsagnene tematiseres ud fra informanternes synspunkter, sådan som forskeren forstår det (Kvale, Brinkmann 2009, s.228). Herefter stiller forskeren spørgsmål til meningsenhederne ud fra undersøgelsens specifikke formål, og de væsentligste temaer i interviewet som helhed, knyttes sammen i et deskriptivt udsagn (ibid).

3.2.3 Forforståelsen og det hermeneutiske perspektiv

I hermeneutikken har jeg fundet anvisninger til, hvordan jeg som forsker konkret kan håndtere min egen forforståelse i forskningsprocessen. Ifølge Kvale og Brinkmann kan en forsker stille mange forskellige spørgsmål til en tekst, der kan føre til forskellige meninger og resultater, og forskerens forudsætninger er altid, ifølge den hermeneutiske tradition, til stede i de spørgsmål der stilles og har dermed indflydelse på analysen og dennes resultater (ibid, s.234f). På baggrund af heraf påpeger de at der bør fokuseres på klare beskrivelser af, og argumentationer for, fortolkningsprocessens faser, så det bliver muligt at efterprøve forskerens fortolkninger (ibid). Når forskeren tydeliggør og ekspliciterer sit perspektiv og sin forforståelse, gøres analysen forståelig, og derved undgås den form for subjektivitet i forskningen, som skyldes at forskeren udfører sjusket og upålideligt arbejde⁸ (ibid).

Før udførelsen af en fænomenologisk – hermeneutisk undersøgelse er det således relevant at jeg ekspliciterer den forforståelse jeg bringer med mig ind i undersøgelsen. Eftersom jeg har valgt at følge Fredslunds principper for forskerens metodiske håndtering af forforståelsen, har jeg ligeledes valgt at anvende hendes definition af begrebet. Fredslund skriver, at forforståelsen i forskningsmæssig sammenhæng afgrænses til at omfatte *”det faglige perspektiv, de antagelser (erfarings-, empirisk- eller teoretisk baserede), den teoretiske referenceramme samt den metodiske tilgang,*

⁸ Der skelnes mellem to typer af subjektivitet i forbindelse med kvalitativ forskning, hvor den ensidige subjektivitet skyldes sjusket og upålideligt arbejde, hvor forskeren kun anerkender fund der støtter forhåndsopfattelsen, fortolker selektivt, kun rapporterer udsagn der underbygger hans konklusioner og overser ethvert vidnesbyrd der peger i modsat retning (Kvale, Brinkmann 2009, s.236).

som er bestemmende for forskerens forståelseshorizont, og som er relevante for forskerens problemstilling. Forforståelsen og forståelseshorizonten medbestemmes af forskerens situation, herunder placering i det videnskabelige felt (Fredslund 2004, s.98).

Den forforståelse, jeg medbringer til dette projekt, omfatter altså for det første de perspektiver, der er ekspliciteret som grundlag for problemformuleringen og forskningsspørgsmålene. For det andet omfatter min forforståelse den valgte teoretiske referenceramme og metodiske tilgang til undersøgelsen, som er beskrevet i dette afsnit, og for det tredje min placering i det videnskabelige felt. Med hensyn til sidstnævnte, er min placering i sygeplejevidenskaben på et niveau, hvor jeg stadig er ”i lære”. Min position som novice, blandt andet i forhold til udførelse af interviewene i denne undersøgelse, er relevant for undersøgelsens resultater og diskuteres nærmere i afsnit 7.1. Derudover er min position indenfor det faglige felt relevant for min forforståelse, idet det faktum, at jeg er nyuddannet professionsbachelor i sygepleje, kan have indflydelse på mit perspektiv. Min position som novice i det kliniske felt kan give mig mulighed for at undersøge problemområdet uden at være påvirket af tilknytning til hverken patienter eller sundhedsprofessionelle. Jeg har dog i denne undersøgelse været opmærksom på betydningen af dette perspektiv, og det har i den forbindelse ligget mig på sinde at have en ”finger i jorden” i den kliniske praksis. Dette er uddybet nærmere i det følgende afsnit.

3.2.4 Den metodiske håndtering af forforståelsen

Fredslund opstiller tre overordnede metodiske principper for håndteringen af forforståelsen. De første to omhandler forskerens forforståelse, og det tredje omhandler dét, at forskeren sætter sig i den andens sted. De overordnede metodiske principper for håndteringen af forforståelsen er, at forskeren skal bevidstgøre sig om denne idet det anerkendes, at forforståelsen er en del af forskningsprocessen, og at forskeren sætter sin forforståelse på spil for derigennem at sætte sin forståelseshorizont i bevægelse (Fredslund 2004, s.99f).

Til de metodiske principper om håndtering af forskerens forforståelse i forskningsprocessen angiver Fredslund fem konkrete metoder, som jeg har skitseret i figur 5. Jeg har i denne undersøgelse valgt, så vidt muligt, at anvende disse principper for den metodiske håndtering af min forforståelse.

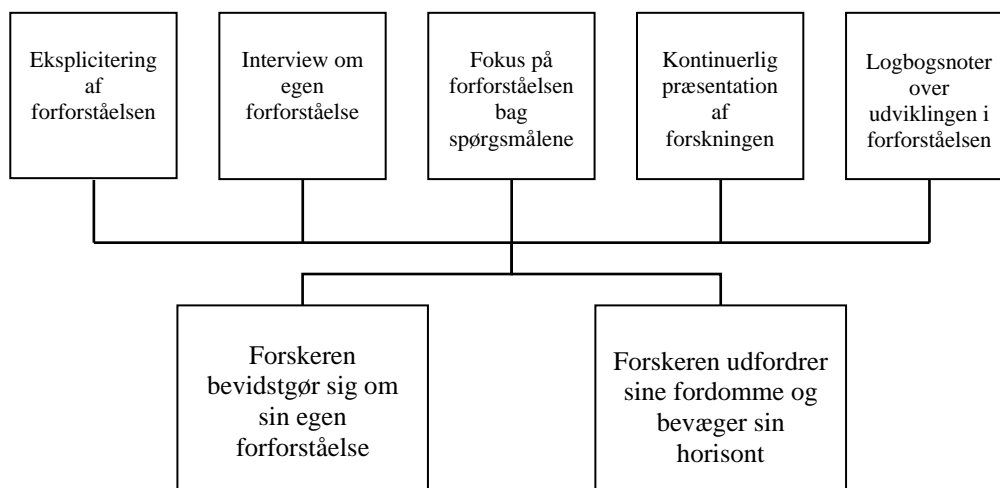


Fig.5; Oversigt over principperne for den metodiske håndtering af forforståelsen

Jeg har forsøgt at ekspliciterer min forforståelse gennem hele specialet, dels i indledningen hvor baggrunden for min interesse på området er beskrevet, og dels i metode og design hvor jeg har søgt at tydeliggøre de valg, jeg har foretaget, således at min forforståelses indflydelse på undersøgelsens resultater er tydelig for læseren. Desuden har jeg søgt at have fokus på min forforståelse ved kontinuerligt at overveje, hvad der har ligget bag min problemformulering, forskningsspørgsmål og i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguiden. Til dette har vejledningerne på opgaven været en uvurderlig hjælp, da forforståelsen netop ofte er ubevidst og kan være svær at få øje på, med mindre den gøres synlig for en selv.

Derved har det været muligt for mig at træde et skridt tilbage fra min forforståelse, så jeg igen har kunnet åbne for andre mulige perspektiver og sammenhænge.

Jeg har desuden løbende præsenteret undersøgelsen for både medstuderende, forskere i sundhedsvidenskab og projektets interessenter. Dette har jeg gjort ved at skabe kontakt til den kliniske praksis og til en forsker indenfor sundhedsområdet. Her har jeg præsenteret de indledende ideer til undersøgelsen, og derigennem fået inspiration og

vejledning, herunder omkring valg af patientgruppe og fokus for problemformuleringen. Undervejs i projektet har jeg desuden diskuteret undersøgelsen med flere af disse interessenter, hvilket har givet mig lejlighed til at forklare og argumentere for de valg, jeg har foretaget.

Hertil kommer den kontinuerlige præsentation af undersøgelsens delelementer for vejlederen på projektet, hvilket i høj grad har medvirket til, at jeg er blevet konfronteret med min forforståelse og dennes betydning for mit fokus i planlægningen af undersøgelsen, og for min umiddelbare formulering af spørgsmål undervejs.

Som sidste led i min metodiske håndtering af min forforståelse, har jeg ført logbog over udviklingen undervejs. Logbogen er ført med henblik på dels at kunne følge udviklingen i min forforståelse og dels at styrke min opmærksomhed på de områder, hvor min forforståelse ubevidst har styret mine valg.

3.3 Teori; Patricia Benner & Judith Wrubel

Benner og Wrubels teori om mestring i bogen *Omsorgens betydning i sygeplejen – stress og mestring i sundhed og sygdom* (Benner, Wrubel 2001), er inddraget i undersøgelsen til diskussion og uddybning af udvalgte essenser af undersøgelsens fund, som omfatter aspekter af mestring.

Benner og Wrubels omsorgsteori er bygget på et fænomenologisk syn på verden, og deres hovedpointe i teorien er, at *omsorg* ses som fundamentet både for menneskets liv og for sygeplejen som fag (ibid, 23). I teorien defineres begrebet omsorg som det værdiladede forhold mellem et menneske og det, som for dette menneske er meningsfuldt og betydningsfuldt, hvad end det drejer sig om andre mennesker, ting, projekter eller situationer (ibid). Benner og Wrubel hævder, at det er omsorgen i ovennævnte betydning, der skaber muligheder for mennesket, og leder til meningsfulde måder at mestre situationer på (ibid). De ser desuden omsorg som fundamentalt for evnen til at modtage og yde hjælp, da muligheden herfor skabes af det at lade noget angå en eller bryde sig om noget. Et omsorgsfuldt forhold mellem mennesker skaber mulighed for at bryde sig om og have tillid til den anden, hvilket sætter mennesket i stand til både at yde og modtage hjælp, og føle sig taget hånd om (ibid, s.26)

Benner og Wrubel definerer stress som forstyrrelse af meninger, forståelse og normal funktion med oplevelse af skade, tab eller udfordring som følge, og som kræver sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder (ibid, s.83). Stress ses som forbundet med både personen og situationen, idet den er et resultat af personens vurdering af sin egen evne til at tilpasse sig til den nye kontekst. I forbindelse med nye og ukendte situationer, sker der forandringer i den kontekst, mennesket befinder sig i, og den tidligere selvforståelse, baggrundsforståelsen og den kropslige intelligens er ikke længere nok til at bevare en uforstyrret funktion. Det er i disse situationer, når mennesket må standse op for at reflektere over sin situation, stress opstår (ibid, s.83f). Mestring ses, af Benner og Wrubel, ikke som en kur mod stress, da stress ikke altid er en tilstand, som kan undgås eller kureres. De betragter derfor ikke mestring som en modgift mod stress men derimod som en måde at håndtere forstyrrelsen af mening, betydninger, forståelse og ubesværet funktion (ibid, s.86).

4. Design

4.1 Specialets opbygning

I afsnit 4 er der redegjort for undersøgelsens design, som omfatter forberedelser, udvælgelse af informanter, udarbejdelse af interviewguide, interviews, transskription samt analysemetode. I afsnit 5 er analysen af interviewdataene beskrevet, og undersøgelsens fund er præsenteret i de temaer, der er fremkommet af analysen. Undersøgelsens fund er diskuteret i afsnit 6, og i afsnit 7 er der foretaget en kritisk diskussion af undersøgelsens metode og design. Specialet er afsluttet med en konklusion på undersøgelsen i afsnit 8 samt en perspektivering af undersøgelsens fund i afsnit 9.

4.2 Forberedelser

I dette afsnit redegøres for alle de indledende forberedelser der har været nødvendige for den egentlige udarbejdelse af undersøgelsen.

4.2.1 Ethiske overvejelser

Størrelsen og arten af denne undersøgelse betyder, at det ikke har været nødvendigt at indhente tilladelse til projektet fra datatilsynet. Ifølge den Centrale Videnskabsetiske Komité skal spørgeskema- og interviewundersøgelser kun anmeldes og godkendes, hvis der i projekterne indgår undersøgelse af menneskeligt biologisk materiale. Da undersøgelsen udelukkende er en interviewundersøgelse, skal projektet således ikke anmeldes til og godkendes af den videnskabsetiske komite. Der er inden undersøgelsens start indhentede skriftligt informeret samtykke fra alle deltagende informanter.

For læsere med interesse i en uddybning af de øvrige, mangfoldige etiske overvejelser foretaget før og under undersøgelsen henvises til bilag 2.

4.2.2 Projektbeskrivelse

Jeg har før opstarten af projektet udarbejdet en udførlig projektbeskrivelse med henblik på at styre undersøgelsen og at informere mulige interessenter om undersøgelsens nærmere detaljer. Projektbeskrivelsen er godkendt af afdelingsledelsen på den medicinske afdeling, der har været behjælpelig med udvælgelsen af informanterne.

4.2.3 Lægmandsbeskrivelse

En lægmandsbeskrivelse er en ikke-videnskabelig projektbeskrivelse formuleret på almindeligt dansk uden brug af tekniske eller faglige udtryk. Jeg har udarbejdet en sådan beskrivelse af projektet (Bilag 2), til anvendelse for information til potentielle informanter. Patienterne fik udleveret lægmandsbeskrivelsen under indlæggelsen, og blev desuden informeret om undersøgelsens formål for at kunne tage stilling til, om de ønskede at deltage og underskrive det informerede samtykke (Bilag 3). En ledende oversygeplejerske samt en udviklingspsygeplejerske fra den implicerede medicinske afdeling var gatekeepere på projektet, og stod for godkendelse af undersøgelsen samt præsentation af projektet for potentielle informanter.

4.2.4 Arbejdsjournal

Jeg har fra projektets start ført arbejdsjournal til registrering af mine erfaringer i undersøgelsesprocessen. Her har jeg løbende noteret indsigter opnået undervejs,

herunder særligt ændringer i min forforståelse samt refleksioner, jeg har gjort mig over forskningsprocessen. Ifølge Kvale og Brinkmann er en sådan arbejdsjournal et vigtigt værktøj til brug i analyse, verifikations og rapporteringsfasen, som ramme for forståelse og refleksion over den forandring i vidensproduktionen, der har fundet sted (Kvale, Brinkmann 2009).

4.3 Udvalgelse af informanter

Ifølge Malterud⁹ er nøje overvejelser omkring kilder til indsamling af data en væsentlig forudsætning for undersøgelsens validitet, og en velovervejet udvælgelse er vigtig for overførbarheden af undersøgelsens resultater (Malterud 2003). Relevant udvælgelse af informanter kræver, at forskeren har kendskab til det felt, der studeres. Min sygeplejefaglige erfaring er primært indenfor hjemmesygeplejen, og jeg har i forbindelse dette projekt sat mig ind i forskningen på området. Derudover har jeg samarbejdet med interessenter, blandt andet i forhold til afgrænsning af projektets problemområde og den valgte patientgruppe.

I afsnit 1.2 er overvejelser omkring inklusions- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af informanterne ekspliciteret. Disse overvejelser har resulteret i følgende fastsatte kriterier;

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Ældre (65+)	Diagnoser med påvirkning af kognitionen (såsom demens)
Plejekrævende (behov for daglig pleje/sygepleje)	Terminale forløb
Almenmedicinske patienter	Andre diagnoser med særlige forløb (såsom apopleksi)
Kontakt til hjemmesygeplejen	Kirurgiske forløb
Intakt kognitivt funktionsniveau	
Tale og forstå dansk	

Fig.6; Oversigt over kriterier

Informanterne blev udvalgt til undersøgelsen ud fra de opstillede kriterier, indlæggelse i det valgte tidsrum samt udskrivelse indenfor 1-2 uger. Potentielle informanter blev identificeret af udviklingssygeplejersken på den pågældende medicinske afdeling. Disse

⁹ Kirsti Malterud; Seniorforsker og dr.med.sci.

blev adspurgt, om de ønskede at deltage i projektet og efter første tilsagn, mødte jeg dem under deres indlæggelse for at præsentere mig selv og projektet, samt for at indhente informeret samtykke. Informanterne i dette projekt bestod af tre patienter, der var indlagt på 3 forskellige medicinske afsnit.

Jeg havde på forhånd bestemt, grundet undersøgelsens tidsmæssige begrænsning, at datamaterialet skulle indsamles fra tre interviewpersoner. De tre første adspurgte patienter ønskede at deltage og afgav alle informeret samtykke ved første møde.

Den første patient blev udskrevet som planlagt og interviewet fandt sted syv dage efter udskrivelsen. Da jeg ankom erfarede jeg, at hun var blevet visiteret til en aflastningsplads på et plejehjem. Jeg vurderede, at hendes oplevelser kunne bidrage med værdifulde data til undersøgelsen, hvorfor jeg valgte at gennemføre interviewet på trods af de ændrede forhold. Den anden patient blev interviewet i eget hjem 7 dage efter udskrivelsen. Den tredje patients tilstand blev ulykkeligvis forværret, hvorfor udskrivelsen blev udsat på ubestemt tid, og han derfor ikke kunne deltage i undersøgelsen. I samråd med udviklingspsygeplejersken på afdelingen, blev der i stedet identificeret en fjerde patient. Denne patient blev under indlæggelsen informeret om projektet og indvilligede i deltagelse. Min præsentation af mig selv og projektet, samt indhentelse af informeret samtykke, blev rykket frem til selve interviewtidspunktet. Jeg kontaktede forinden patienten per telefon, for at sikre mig, at hun ønskede at deltage i undersøgelsen og for at aftale tidspunktet for interviewet. I figur 7 ses en oversigt over informanterne, der herefter anføres som Informant 1-3.

Informant	Alder	Køn	Civilstand	Interviewsted & tid
1	74	Kvinde	Enke	Aflastningsplads – 7 dage efter udskrivelsen
2	81	Kvinde	Gift	Eget hjem – 7 dage efter udskrivelsen
3	76	Kvinde	Ugift	Eget hjem – 6 dage efter udskrivelsen

Fig.7; Oversigt over informanter

4.4 Interviewguide

Interviewguiden er et script, der strukturerer interviewforløbet. En velovervejet og grundigt udarbejdet interviewguide er et centralt værktøj i det semistrukturerede, kvalitative forskningsinterview. Hvis interviewguiden ikke er anvendelig, kan resultatet være, at der ikke frembringes relevante data til videre analyse (Kvale, Brinkmann 2009, s.151ff). På baggrund heraf, blev der udarbejdet en interviewguide til denne undersøgelse (Bilag 4).

Det har været nødvendigt at strukturere interviewguiden ud fra forudbestemte temaer, for at skabe en fokuseret ramme for interviewene og undgå en masse data uden relevans for det valgte undersøgelsesområde (ibid, s.152f). Interviewguiden blev udformet i balance mellem stringens og åbenhed for at lede informanterne mod de temaer, der var relevante for undersøgelsens fokus, men uden at lede til bestemte svar. Spørgsmålene i interviewguiden blev formuleret så åbne som muligt uden at miste fokus på undersøgelsesemnet, og i hele processen har jeg søgt at være åben for nye og uventede perspektiver og sammenhænge. Spørgsmålene blev suppleret med uddybende spørgsmål i tilfælde af, at de indledende spørgsmål ikke blev besvaret tilstrækkeligt udtømmende, og både indledende spørgsmål og hjælpespørgsmål blev formuleret på baggrund af de anbefalede spørgsmålstyper¹⁰ (ibid, s.155).

Guiden blev øvet med en medstuderende for at få lejlighed til at afdække eventuelle ureflekterede antagelser og ubevidste fordomme om emnet, som det anbefales af Kvale og Brinkmann (ibid, s.112). Her fik jeg lejlighed til at afprøve interviewguiden både i rollen som interviewer og som informant. Dette gav mig indsigt i anvendeligheden af spørgsmålenes formuleringer, og hvordan spørgsmålene virkede på ”den anden side af bordet”, hvilket gav anledning til enkelte ændringer af guidens strukturering.

10 Kvale og Brinkmann beskriver følgende spørgsmålstyper; Indledende, opfølgende, sonderende, specificerende, direkte, indirekte, strukturerende og fortolkende spørgsmål samt tavshed. I interviewguiden til denne undersøgelse indgik spørgeformerne indledende, opfølgende, sonderende samt fortolkende spørgsmål, sidstnævnte dog kun i afklarende form såsom ”når du siger..., mener du så...?” og ”hvad mener du når du siger...”, for at undgå senere misfortolkninger af interviewpersonernes udsagn (Kvale 2009, s.155f).

4.5 Interviews

Jeg kontaktede informanterne per telefon umiddelbart efter udskrivelsen og aftalte tid og sted for interviewet. Informanterne valgte eget hjem som det foretrukne interviewsted og første interview fandt sted på patientens aflastningsplads.

Det første interview blev anvendt som pilotinterview, hvor jeg fik lejlighed til at afprøve interviewguiden. Interviewet blev transskriberet for at undersøge, om der var steder i interviewguiden, som skulle rettes eller uddybes. Jeg fandt ikke anledning til at lave ændringer i interviewguiden og pilotinterviewet er medtaget i undersøgelsens data.

Interviewsituationerne blev indledt med, at jeg briefede informanterne om, hvordan interviewet skulle foregå, hvad formålet var samt de tekniske detaljer omkring båndoptageren og interviewguiden (Kvale, Brinkmann 2009, s.148). Herefter blev båndoptageren tændt, og jeg gav informanterne lejlighed til at stille spørgsmål inden interviewet startede.

Under interviewene opfordrede jeg informanterne til at fortælle frit om deres oplevelser. Da jeg på forhånd havde opøvet sikkerhed i interviewguidens emner og spørgsmål, og samtalen blev optaget, kunne jeg koncentrere mig om deres fortællinger og om at bevare en empatisk kontakt undervejs. Jeg lyttede koncentreret, lod informanterne fortælle frit og anvendte opfølgende spørgsmål, herunder tavshed og tilkendegivelse af interesse og opmærksomhed i form af nik og smil.

Det faktum, at jeg havde opøvet en vis sikkerhed i interviewguidens emner og spørgsmål, gav mig frihed til at følge deres fortællinger og forfølge de temaer, de bragte på banen. På den måde blev der i interviewsituationen skabt frihed til at følge informanternes oplevelser af, hvad der var essentielt i overgangen frem for primært at følge de på forhånd opstillede spørgsmål.

Undervejs i interviewene opsummerede jeg hovedtrækkene i min forståelse af fortællingerne, for derigennem at give informanterne mulighed for at be- eller afkræfte min umiddelbare forståelse af deres oplevelser. Desuden opridsede jeg til slut i

interviewsituationen min helhedsforståelse af fortællingerne for igen at give informanterne lejlighed til at korrigere eventuelle misforståelser (ibid, s.149ff). Efter interviewene fik de lejlighed til at stille spørgsmål eller uddybe områder de fandt vigtige. Efter båndoptageren blev slukket, gav jeg mig tid til at vende situationen med informanterne i det omfang, de havde behov for det.

4.6 Transskribering

Ifølge Kvale og Brinkmann er det vanskeligt at validere interviewtransskriptioner, da der ikke findes en sand, objektiv transskription fra mundtlig til skriftlig form (ibid, s.208). Kvale pointerer, at det er mere konstruktivt at arbejde ud fra, hvilken transskription der er nyttig i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål. Da formålet med analysen i denne undersøgelse var at gengive de meninger, informanten gav udtryk for, valgte jeg at formulere transskriptionerne ordret, men uden at angive *øøh*, tonefald og kortere pauser. Under transskriptionen blev personfølsomme data såsom navne og stednavne sløret. Transskriptionerne er elektronisk opbevaret på en computer beskyttet af et personligt password, og udskrifterne opbevaret i et aflåst skab.

5. Analyse

I afsnit 5.1 er fremgangsmåden i første til fjerde trin i meningskondenseringen beskrevet. I afsnit 5.2 er de fremkomne strukturerer af de første trin præsenteret, under overskriften *Fund*. I afsnit 5.3 er femte trin beskrevet, og meningskondenseringens endelige resultat er præsenteret i form af et samlet deskriptivt udsagn.

5.1 Meningskondensering

På første trin blev alle interviewene læst med henblik på at skabe et helhedsindtryk af informanternes oplevelser. Her afholdt jeg mig bevidst fra at tematisere og forsøgte at tilsidesætte mit teoretiske perspektiv. Ifølge Giorgi (1997) er dette vigtigt for at kunne bevare den fænomenologiske analyses holistiske tilgang.

På andet analysetrin har jeg læst interviewene enkeltvist, med det videnskabelige perspektiv som udgangspunkt, for at identificere og udlede de essentielle meningsenheder. Da dette trin forudsætter både et videnskabeligt perspektiv og følsomhed overfor det undersøgte fænomen, var det en balancegang mellem at være åben overfor, hvad informanterne oplevede og følte, men samtidigt at lade mig styre af undersøgelsens problemstilling og formål. Eftersom mit perspektiv i denne undersøgelse som udgangspunkt var meget bredt, var den største udfordring at træde væk fra den problemidentificerende tilgang og fokusere på det egentlige fænomen frem for på objektet, altså at fjerne fokus fra de konkrete problemer, som patienterne stødte på, og i stedet fokusere på de følelser, de oplevede i overgangen.

På tredje og fjerde trin blev meningsenhederne gennemarbejdet med henblik på at transformere informanternes udtalelser til relevante videnskabelige termer. De dominerende essenser i meningsenhederne blev omformuleret så enkelt som muligt ud fra informanternes synspunkter, sådan som jeg forstod dem, og der blev stillet spørgsmål til enhederne ud fra undersøgelsens specifikke formål. I figur 8 er arbejdsprocessen på dette trin illustreret med eksempler.

Meningsenheder	Essenser	Strukturer
<p><i>Det der holder det hele sammen for mig herhjemme er rigtigt meget min familie og mine venner. For jeg ved at, når de går så siger de "du skal bare ringe hvis der er noget" og "Du må endelig ringe hvis der er noget" Og jamen det er jo alfa og omega, ikke. At man har dem. (informant 1)</i></p> <p><i>Systemet er sådan, at hvis man er gift, så skal manden bare gøre det, så skal han tage sig af det. De spørger ikke hvordan han har det, med sin arm og det efter blodproppen. Han skal jo også have sin fred, for man skal jo ikke slide ham op (informant 2).</i></p>	<p>En central og vigtig støtte</p> <p>Afhængighed af de pårørende</p>	<p>Netværket – alfa og omega</p>
<p><i>Jeg opdagede slet ikke at de planlagde at jeg skulle udskrives. De gjorde det bare hen over hovedet på mig, uden at spørge mig hvordan jeg havde det, hvordan det gik eller noget som helst (informant 1).</i></p> <p><i>Der var en, en læge derinde som jeg havde forbindelse med sidst jeg var indlagt. Og han VAR så sød og forstående... ikke med at han bare følte med mig, men man kunne mærke at ... han havde virkelig følelse for det han havde med at gøre (informant 1).</i></p>	<p>Ikke at blive spurgt og inddraget (taget alvorligt)</p> <p>At blive mødt og forstået</p>	<p>At føle sig forstået og taget alvorligt</p>

Fig.8; Eksempel på processen i ovenstående trin

5.2 Fund

I det følgende er fundene fra meningskondenseringens første tre trin præsenteret i strukturer, som repræsenterer essenserne af meningsenhederne og disses indbyrdes forhold.

De overordnede strukturer i fundene var: *At føle sig klar, At føle sig forstået og taget alvorligt, At føle sig tryk, Netværket, At kunne klare sig hjemme* samt *At forsvare systemet*. De fleste af strukturerne rummede både beskrivelser af positive og negative oplevelser og er derfor opdelt i underafsnit i henhold til dette.

5.2.1 At forsvare de sundhedsprofessionelle – ”de er jo så søde alle sammen”

En overordnet struktur i interviewdata, som syntes at eksistere uafhængigt af de øvrige, var informanternes umiddelbare forsvar af de sundhedsprofessionelle. Dette kom til udtryk ved at de, på trods af eksempler på manglende hjælp, planlægning der ikke fungerede, uhensigtsmæssige relationer til sundhedsprofessionelle og, hos en af informanterne, udtryk for resignation overfor systemet, flere gange forsikrede at de intet havde at klage over. For at illustrere forsvaret er et uddrag fra interviewet med Informant 3 citeret herunder. På interviewtidspunktet havde informanten været hjemme fra hospitalet i 6 dage og vidste endnu ikke, hvad hun ville få af hjælp til at klare sig derhjemme;

Interviewer: kan du fortælle, hvad der har betydet mest for dig efter udskrivelsen?

I3: hvad mener du? Jeg har ikke noget at beklage mig over.

Interviewer: nej, det kan også sagtens være gode ting.

I3: ja, jeg ved ikke. Jeg har jo ikke mødt dem endnu, dem der skal hjælpe mig, så jeg ved ikke... men det kan jo være svært. De har jo så travlt. Men de kommer nok fra næste uge.

Tilsyneladende var informanterne modvillige overfor at udtale sig kritisk overfor de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ydelser, på trods af at der ikke var givet udtryk for, at undersøgelsen skulle have til formål at identificere fejl hos de sundhedsprofessionelle.

Som nævnt gav en informant desuden udtryk for resignation overfor systemet. Hun var glad for at komme hjem, havde et godt netværk med både venner og familie og havde generelt gode relationer til de sundhedsprofessionelle. Informanten havde, trods hospitalets forsikringer om, at planlægningen var taget hånd om i god tid, ikke modtaget hjælp derhjemme, før en ven hjalp med at kontakte hjemmesygeplejen. Citatet herunder viser hendes svar på mit spørgsmål, om det havde bekymret hende, at tingene ikke rigtigt fungerede;

”næh, det har det ikke, for der er jo ikke noget at gøre. Vi kan jo ikke gøre andet. For ellers så ville man... det hjælper jo ikke noget. Jeg kender systemet så godt.”(Informant 2).

Denne tilsyneladende resignation var ikke et gennemgående fund i undersøgelsen, men blev alligevel fundet relevant at medtage som ”understruktur”.

5.2.2 At føle sig klar

At føle sig klar til at komme hjem blev overordnet beskrevet som værende en betydningsfuld faktor for oplevelsen af overgangen. Denne struktur var nært forbundet med, og påvirket af, alle de øvrige og betragtes derfor som undersøgelsens centrale fund.

Når man gør

To af informanterne oplevede, glæde over og forventning til at komme hjem. De beskrev dette som meget betydningsfuldt for deres oplevelse af overgangen. En af dem beskrev, hvordan glæden over at kunne komme hjem helt havde overskygget bekymringerne over, at udskrivelsesplanlægningen ikke fungerede. Når informanterne følte sig klar til at komme hjem igen, var det dét, der fyldte allermost for dem i overgangen, og følelsen af at være klar til at blive udskrevet styrkede trygheden ved at komme hjem, som illustreret ved følgende citater;

*”Jeg glædede mig vanvittigt til at komme hjem... det er jo nummer et, ikke?”
(Informant 2)*

*”Det er det, der har fyldt allermost for mig... glæden ved at komme hjem”
(Informant 3)*

Følelsen af at være klar blev beskrevet som noget, der var til stede i sig selv, en følelse af glæde og forventning over at komme hjem frem for bekymring. Følelsen blev dog beskrevet i forbindelse med flere af de andre strukturer, for eksempel af en informant der sagde: *”Jeg havde glædet mig sådan til at komme hjem, og min bror havde været forbi for at slå græs og sørge for det hele. Det var så dejligt”* (Informant 3), og af en informant der beskrev en oplevelse med en ”god samtale” med en læge, som noget, der styrkede hendes oplevelse af at være klar til at komme hjem. Strukturen, *at føle sig klar*, blev altså tilsyneladende forstærket af essenser fra flere af de øvrige strukturer (figur 9).

Når man ikke gør

En af informanterne oplevede at blive udskrevet uden at føle sig klar til det og understregede, hvor stor betydning dette havde for hendes oplevelse af overgangen til eget hjem. Hun oplevede følelsen af at blive udskrevet, fordi der på hospitalet ikke var tid til at tage sig af hende, hvilket resulterede i utryghed og frustration. Der skete tilsyneladende en gensidig påvirkning mellem hendes dårlige oplevelse af relationen til den læge, som udskrev hende, at hun ikke følte sig inddraget i planlægningen, og hendes oplevelse af ikke at være klar og rask nok til at komme hjem. Hun beskrev det således;

”Jeg blev chokeret over, at jeg skulle hjem. Jeg havde ikke forventet det, fordi jeg stadig har så mange smerter. Jeg fik bare pludselig besked om, at nu skulle jeg hjem. Jeg var ked af, at de ikke kunne gøre mere for, mig inden de sendte mig hjem [] men det havde de åbenbart ikke tid til. Det er jo vigtigt, at man føler sig rask nok til at komme hjem.” (Informant 1)

At føle sig klar hang tilsyneladende sammen med tryghed i forløbet, oplevelsen af gode relationer til de sundhedsprofessionelle, følelsen af at blive forstået, respekteret og taget alvorligt og med patienternes personlige netværk.

5.2.3 At være tryk – ”Når man ved, at de tager hånd om det hele”

Planlægning af overgangen samt samarbejde og kommunikation mellem de involverede sektorer og sundhedsprofessionelle blev beskrevet som en betydningsfuld faktor for informanternes oplevelse af overgangen, og syntes at have indflydelse på følelsen af tryghed.

Når man er

Når informanterne oplevede, at de sundhedsprofessionelle videregav informationer på tværs af sektorer og faggrupper, og at forløbet blev planlagt og tilrettelagt, følte de, at forløbet var sammenhængende og overskueligt. Dette blev beskrevet som en væsentlig faktor for oplevelsen af tryghed i overgangen, og det syntes at være en lettelse for dem ikke at skulle bekymre sig om alle de praktiske detaljer, som illustreret i følgende citat;

”De havde jo fået besked på, at jeg var kommet hjem, og de kom jo tidligt næste dag om morgenen, efter at jeg var kommet hjem... og uha, de havde jo ringet, og de havde sendt en mail og jeg ved ikke hvad. De havde sørget for, at der var hjælp til mig dagen efter [] det er dejligt,. at man ikke har de bekymringer selv, at skal få det til at fungere også, ikke... at man trygt kan overlade det til dem.” (Informant 1).

Når man ikke er

Når samarbejde og kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle ikke fungerede, syntes det at have tilsvarende stor betydning for informanternes oplevelse af overgangen. De udtrykte frustration over manglende sammenhæng, og at det var svært at finde overskud til at skulle bekymre sig om det også. En informant beskrev, hvor udmattet hun var, da hun kom hjem, og at hun slet ikke magtede at bekymre sig om de praktiske ting, der ikke var taget hånd om;

”ja, det... er sådan... det er lidt mærkeligt [at der ikke er planlagt hjemmepleje]... man tænker, ej dét er vel nok... men ja ja, det er heldigvis kun weekenden. Og der er man også... man er stagne træt, så ”årh nej, du skal ikke være ved det, det går nok”, ikke.”(Informant 2)

Oplevelsen af, at informationerne fra hospitalet tilsyneladende ikke nåede frem til hjemmeplejen, lod således til at vække bekymring og utryghed, ligesom det kunne betyde, at informanterne ikke fik den nødvendige hjælp.

5.2.4 At føle sig forstået og taget alvorligt

Når man gør

Informanterne beskrev gode relationer til sundhedsprofessionelle som betydningsfuldt for deres oplevelse af overgangen, og det havde tilsyneladende indflydelse på deres følelse af tryghed og af at være klar til at komme hjem. Gode relationer indebar for informanterne nærvær, tid, empati, at blive lyttet til og mødt, og at den

sundhedsprofessionelle var i stand til at sætte sig i patientens sted. Relationer med disse kvaliteter blev oplevet som en støtte og øgede følelsen af at blive respekteret og taget alvorligt.

Det syntes at styrke informanternes følelse af at blive forstået og taget alvorligt, at de sundhedsprofessionelle ikke bare var i stand til at føle med dem, men havde fornemmelse for, hvad de havde med at gøre og forståelse for, hvad der var vigtigt, når man skulle hjem efter en indlæggelse. For eksempel at de sundhedsprofessionelle forstod, hvor meget det betød at blive udskrevet med smerter, eller hvor vigtigt det var at vide, at der var nogle, som tog sig af "det hele" derhjemme. En informant udtrykte det således;

"Sidst jeg var indlagt, var der en læge på hospitalet, der var utroligt sød. Han var venlig og forstående, og han følte ikke bare med mig... man kunne mærke, at han havde følelse for det, han havde med at gøre." (Informant 1)

Desuden lagde informanterne vægt på, at de sundhedsprofessionelle tog sig tid til at snakke og at de var nærværende. Den støtte de oplevede ved at blive mødt med venlighed, indlevelse og forståelse af de sundhedsprofessionelle, blev beskrevet som en "hjælp til at komme op at stå igen".

Når man ikke gør

Informanterne beskrev det at blive inddraget i planlægningen som vigtigt for deres oplevelse af overgangen. Manglende inddragelse syntes at betyde, at overgangene blev oplevet som spontane og vakte følelser af frustration og utryghed. Informanterne gav udtryk for ikke at føle sig respekterede og taget alvorligt, som illustreret i følgende citat;

"Jeg opdagede SLET ikke, at de planlagde, at jeg skulle udskrives. De gjorde det bare hen over hovedet på mig, uden at spørge mig hvordan jeg havde det, hvordan det gik eller noget som helst"(Informant 1)

De syntes at opleve u hensigtsmæssige relationer til sundhedsprofessionelle som betydningsfuldt for oplevelsen af overgangen, og disse syntes at resultere i følelser af utryghed og usikkerhed hos informanterne. I nogle tilfælde kunne manglende inddragelse i planlægningen forstærke negative oplevelse af relationer, ligesom negative

oplevelser af relationer syntes at forstærke oplevelsen af ikke at blive inddraget i planlægningen. En informant beskrev en sådan situation således;

”Jeg synes [lægen] var... han var meget hård og kontant [] pludselig kommer han og siger, at jeg skulle hjem [] ja, jeg havde håbet på, at de kunne have gjort noget mere ved [smerterne] men det havde de åbenbart ikke tid til.”(Informant 1)

Relationer og møder af denne type syntes at medføre følelser af at være til besvær og i vejen. Når informanterne oplevede ikke at blive lyttet til og at blive affejet af sundhedsprofessionelle, lod det til at resultere i følelsen af ikke at blive taget alvorligt og ikke at blive taget hånd om.

5.2.5 Netværket – ”alfa og omega”

Den centrale støtte

Informanterne beskrev de pårørende som en vigtigt og uvurderlig støtte, som en patient udtrykte det; ” *Jamen det er jo alfa og omega, ikke... at man har dem*” (Informant 1). Støtten fra de pårørende syntes at have indflydelse på oplevelsen af tryk i forløbet og på følelsen af at være klar til at komme hjem.

Udover familie og venner blev gode naboer også, af alle informanterne, beskrevet som vigtige i overgangen. Visheden om, at der var nogen lige ved siden af, hvis man skulle få problemer, lod til at være en central trykshedsfaktor. Et godt og stærkt netværk af venner, familie og naboer blev beskrevet som afgørende for oplevelsen af overgangen og som noget, der kunne overskygge betydningen af manglende planlægning og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle. En af informanterne udtrykte det således;

”Jeg var tryk ved at komme hjem, selvom planlægningen ikke rigtigt fungerede. Jeg har jo et par gode børn, der har sagt at vi bare skal kalde. Og de sørger for mad og vasketøj, når vi har brug for det. Det er guld værd at have sådan en familie [] det betyder rigtigt, rigtigt, rigtigt meget, for man ved, at de er der og behøver ikke bekymre sig så meget.” (Informant 2)

Støtten fra de pårørende blev således dels beskrevet som hjælp til løsning af praktiske gøremål og problemer men mest af alt som den følelsesmæssige støtte, der lå i at have nogen at snakke med, og nogen der bekymrede sig.

At føle sig afhængig

Når planlægning og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle ikke fungerede, havde det tilsyneladende betydning for støtten fra de pårørende. Når der manglede den nødvendige hjælp fra sundhedsprofessionelle til løsning af praktiske opgaver, lod der til at kunne ske en opgave- og ansvarsglidning over til de pårørende, som således var nødsaget til at sørge for at løse problemerne ved at påtage sig opgaverne selv eller ved at tage kontakt til hjemmeplejen for at få det løst, som illustreret i følgende citat;

”Der var ikke hjælp i weekenden [] så min mand han ringer på inde ved naboen mandag, og så siger han ”kan du ikke komme og hjælpe os med at finde ud af det her?”... [] og [naboen] fik så [hjemmesygeplejersken] kontaktet i telefonen, og det blev så ordnet.” (Informant 2)

I disse tilfælde beskrev informanterne oplevelsen af at være afhængige af de pårørende samtidigt med, at de udtrykte bekymring over belastningen af dem. En af informanterne udtrykte frustration over, at det blev de pårørendes opgave at tage sig af de praktiske problemer, da hun kom hjem, og at hun var bekymret for at ”slide dem op”, som hun under interviewet blandt andet udtrykte således;

”De havde jo så ikke [informeret hjemmeplejen] det var jo sådan set blevet smuttet af listen. Så min mand han måtte hjælpe mig, både i bad og toilet og hvad. [] Systemet er sådan, at hvis man er gift, så skal manden bare gøre det, så skal han tage sig af det. De spørger ikke, hvordan han har det, med sin arm og det, efter blodproppen.”(Informant 2)

Hun følte at ægtemandens ressourcer blev brugt på praktiske opgaver frem for at blive brugt på den følelsesmæssige støtte og opbakning, hun havde brug for, ligesom hendes bekymring for hans velbefindende fyldte meget for hende.

5.2.6 At kunne klare sig hjemme – ”jeg skal jo ikke på plejehjem, vel”

Informanternes beskrivelser af deres oplevelser af overgangen syntes at bære præg af fortrøstningsfuldhed og en trang til at bevise, at de kunne klare sig derhjemme efter udskrivelsen. De beskrev et stort behov for at komme hjem og få det til at fungere, hvilket gav sig udslag i en stærk tro på, at ”det nok skal gå”. To af informanterne udtrykte det på følgende måde;

*”Jeg var lidt i syv sind, da jeg skulle hjem, men jeg var klar over, at det nok skulle gå herhjemme. Det sagde min mand også – det skal NOK gå!”
(Informant 2)*

”Det skal nok gå, sagde jeg til mig selv... det har det jo gjort før.” (Informant 1)

Alle informanterne gav udtryk for dette, og sætningerne ”det skal nok gå”, eller ”det skal nok komme til at fungere”, blev nævnt gentagne gange i løbet af interviewene.

For to af informanterne lod dette håb til at blive yderligere styrket af en antydning af bekymring for, hvor ”det ellers ville ende”. Den ene udtrykte denne underliggende bekymring ved at sige, at en indlæggelse på 14 dage var lidt for lang, fordi det så småt begyndte at minde om at være på et plejehjem. For en anden informant syntes frygten for at ende på plejehjem at være vakt af en læge, som på hospitalet havde fortalt hende, at hun havde brug for en sådan pleje. Hun udtrykte flere gange under interviewet bekymring for at komme på plejehjem, som illustreret i citatet herunder;

”det her er jo ikke et plejehjem, og det var det, jeg skulle have nu, sagde han. Min egen læge sagde, at jeg ikke skulle høre på ham, og det hjalp mig da [] Det er lige tidligt nok at komme på plejehjem, helt ærligt. Sådan kan jeg godt sige det, kan jeg ikke? (Informant 1)

Informanten havde været på aflastningsplads nogle dage efter udskrivelsen og var på interviewtidspunktet på vej hjem. Hun oplevede, at det at have set andre, der havde det meget værre end hende, satte ”tingene i perspektiv” for hende, og fik hende til glæde sig over at hun kunne være derhjemme. På den måde virkede bekymringen over at komme på plejehjem som en motiverende faktor, og hjalp hende til at føle sig mere klar.

5.3 Sammenfatning af strukturerne

På det sidste trin i meningskondenseringen har jeg sammenfattet strukturerne samt deres sammenhænge og variationer. I figur 9 er dette søgt illustreret.

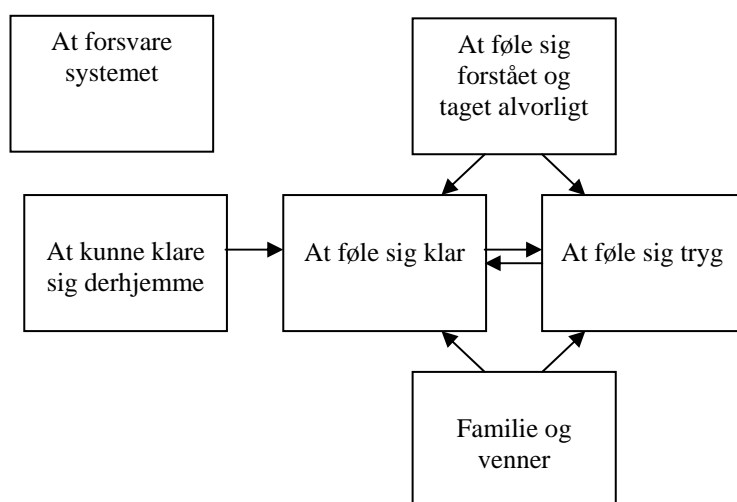


Fig.9; Oversigt over sammenhængene mellem strukturerne i undersøgelsens fund

Den centrale struktur i informanternes oplevelser af overgangen syntes at være følelsen af at være klar/ikke klar til at komme hjem. Denne følelse lod til at blive påvirket af en grundlæggende vilje til fortsat at kunne klare sig derhjemme, at kunne bevare de vanlige omgivelser og, så vidt muligt, at være uafhængig af andres hjælp. Denne vilje lod ikke i sig selv til at være afgørende følelsen af at være klar til at komme hjem men kunne tilsyneladende, kombineret med flere andre faktorer, styrke informanternes tro på, at det kunne lade sig gøre.

En af de faktorer, der lod til at have betydning for følelsen af at være klar, var at føle sig forstået og taget alvorligt. Denne oplevelse syntes at afhænge af relationerne til de sundhedsprofessionelle og af informanternes inddragelse i planlægning og beslutningstagning. Gode relationer til sundhedsprofessionelle lod til både at styrke følelsen af tryk og af at være klar til at komme hjem, hvor u hensigtsmæssige relationer syntes at svække oplevelsen af tryk og styrke følelsen af ikke at være klar.

Der lod desuden til at være en sammenhæng mellem informanternes oplevelser af relationerne til de sundhedsprofessionelle og oplevelserne af inddragelsen i planlægningen af overgangen. Manglende inddragelse i planlægningen lod til at kunne forstærke en negativ oplevelse af relationerne til de sundhedsprofessionelle, ligesom uhensigtsmæssige relationer syntes at forstærke frustrationer over manglende inddragelse.

Udover den tilsyneladende direkte påvirkning af følelsen af at være klar til at komme hjem, syntes oplevelsen af at blive forstået og taget alvorligt at påvirke informanternes følelse af tryghed. Følelsen af tryghed blev tillige påvirket af det personlige netværk men syntes primært at afhænge af oplevelsen af sammenhæng i forløbet og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer.

5.4 Delkonklusion

Undersøgelsens fund indikerede, at følelsen af at være klar til at komme hjem var central for informanternes oplevelse af overgangen. Denne følelse blev påvirket af flere faktorer, herunder relationer til de sundhedsprofessionelle, patientinddragelse i planlægning og beslutningstagning, sammenhæng i forløbet samt kommunikation og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle. Da undersøgelsen var begrænset til at omfatte tre informanter, kan det ikke konkluderes, at disse fund er generelle for patientgruppens oplevelser af overgangen. I det følgende diskussionsafsnit er der argumenteret for, hvorledes undersøgelsens fund kan betragtes som gyldige udtryk for, hvilke faktorer der kan have betydning for ældre medicinske patienters oplevelser af overgangen til eget hjem.

6. Diskussion af undersøgelsens fund

Dette afsnit består af tre dele; I afsnit 6.1. er undersøgelsens fund diskuteret i forhold til den udvalgte forskning på området, præsenteret i afsnit 2.3. Herefter er udvalgte essenser af undersøgelsens fund i afsnit 6.2 diskuteret ud fra den valgte sygeplejeteori, præsenteret i afsnit 3.3 samt anden relevant forskning. Til slut er undersøgelsens fund

diskuteret i forhold til baggrunden for undersøgelsen i afsnit 6.3 med henblik på at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål.

6.1. Undersøgelsens fund og tidligere forskning

I dette afsnit er undersøgelsens fund diskuteret i forhold til den præsenterede forskning på området.

6.1.1 At forsvare de sundhedsprofessionelle

I undersøgelsens fund fremgik informanternes umiddelbare og spontane forsvar af de sundhedsprofessionelle, hvilket ikke fremstod som tema i den præsenterede forskning på området. Dog er der tidligere foretaget undersøgelser, af validiteten og anvendeligheden af patienttilfredshedsundersøgelser generelt og af ældres evalueringer af sundhedsvæsenet. Sidstnævnte er en undersøgelse, foretaget af David J. Owen¹¹ og Claire Batchelor¹², af ældre patienters evne og vilje til at evaluere sundhedsvæsenets ydelser, og artiklen er i afsnit 6.2.2 anvendt til at belyse og diskutere strukturen.

6.1.2 At føle sig klar

Undersøgelsens fund indikerede, at informanterne havde en grundlæggende følelse af at være klar/ikke klar, til at komme hjem. Denne struktur fremgik ikke som tema i resultatet af den fokuserede litteraturgennemgang, men eftersom strukturen anses som værende central i denne undersøgelses fund, er udvalgte essenser af den i afsnit 6.2.1 diskuteret ud fra et sygeplejeteoretisk perspektiv.

6.1.3 At føle sig tryk

Undersøgelsens fund indikerede, at planlægning af og sammenhæng i forløbet samt kommunikation og samarbejde mellem involverede sektorer og sundhedsprofessionelle, tilsyneladende var centralt for informanternes oplevelser af tryk i forløbet. Dele af dette fund stemte overens med gennemgangen af den udvalgte forskning på området, der viste udskrivelsesplanlægningen som det dominerende tema i undersøgelser af

¹¹ Lektor i sociologi på School of Social and Administrative Studies, Wales Universitet.

¹² Forskningsmedarbejder på School of Social and Administrative Studies, Wales Universitet.

patientperspektivet (LeClerc et al 2002, Efraimsson et al 2003). Forskningen her fandt, at patientens perspektiv ofte syntes at mangle i udskrivesplanlægningen, hvilket kunne medføre intense følelsesmæssige og fysiske behov samt frygt relateret til kriser, der ikke blev forudset på hospitalet (ibid). Kommunikation og samarbejde mellem sektorer og sundhedsprofessionelle fremgik ikke som et tema i undersøgelser af patientperspektivet, men derimod som et centralt tema i undersøgelser af de sundhedsprofessionelles perspektiv. Forskningen viste, at der tilsyneladende primært opstod problemer i udskrivesprocessen relateret til kommunikation, koordination og samarbejde mellem de involverede sektorer og sundhedsprofessionelle (Rydeman, Törnkvist 2006, Grönroos og Perälä 2005).

6.1.4 At føle sig forstået og taget alvorligt

I undersøgelsens fund så det ud til at følelsen af at blive forstået og taget alvorligt havde stor betydning for informanternes samlede oplevelse af overgangen til eget hjem. Denne følelse blev tilsyneladende påvirket dels af relationerne til de sundhedsprofessionelle og dels patientinddragelsen i planlægning og beslutningstagning. Der blev desuden fundet en formodet gensidig påvirkning mellem informanternes oplevelser af relationerne til de sundhedsprofessionelle og deres oplevelser af inddragelsen i planlægningen, hvor manglende inddragelse i udskrivesplanlægningen syntes at have en forstærkende virkning på negative oplevelser af relationerne, ligesom u hensigtsmæssige relationer lod til at forstærke frustrationer over manglende inddragelse.

Den præsenterede forskning på området viste ikke en direkte forbindelse mellem følelsen af at blive forstået og taget alvorligt, og relationer til de sundhedsprofessionelle. Manglende patientinddragelse blev derimod fundet som et tilbagevendende tema i den præsenterede forskning. Herunder påpegedes det, at samtaler i forbindelse med planlægningen syntes at foregå om patienten frem for med patienten, hvorved patienterne oplevede følelsen af at være udenforstående tilskuere (LeClerc et al 2002, Efraimsson et al 2003). Det kan betragtes som en afgørende forudsætning for gode relationer mellem sundhedsprofessionelle og patienter, at patienterne tages alvorligt og inddrages som deltagere i planlægningssamtaler, frem for

som passive tilskuere, og dermed kan der argumenteres for relationernes betydning i forskningens fund.

6.1.5 Netværk

Undersøgelsens fund indikerede, at netværket kunne have central betydning for informanternes oplevelser af overgangen. Det fremgik af undersøgelsens fund, at de pårørende kan opleves som en vigtig støtte. Dette fund fremgik ikke som tema i den præsenterede forskning, men kan underbygges af blandt andet *Patientens møde med sundhedsvæsenet – De mellem menneskelige relationer*, der pointerede, at det er de pårørende, som har den nære relation til patienten og derfor kan være en central støtte og ressource for patienten (Amtsrådsforeningen 2003). Det fremgik desuden af undersøgelsens fund, at informanterne syntes at kunne opleve afhængighed af de pårørende og bekymring for, at de pårørende blev belastede af praktiske opgaver. Dette underbyggedes af forskningen på området, hvoraf det fremgik, at patienterne syntes at opleve afhængighed af deres pårørende til opfyldelse af behov, som ikke blev dækket af hjemmesygepleje og hjemmepleje (LeClerc et al 2002).

6.1.6 At kunne klare sig hjemme

Af undersøgelsens fund lod det til, at informanterne oplevede et stort behov for at kunne klare sig i eget hjem og dermed bevare deres uafhængighed mest muligt. Dette fund underbyggedes ikke af forskningen på området, men i en undersøgelse af ældre patienters evalueringer af sundhedsvæsenet, omtalt i afsnit 6.1.1, fremstod netop dette som et centralt fund. Owens og Batchelor påpegede i undersøgelsen, at de ældre patienter syntes at have et stærkt ønske om at bevare uafhængigheden ved at forblive i eget hjem længst muligt. De påpegede desuden, at dette kunne medføre en afhængighed af hjemmesygeplejen, som kunne gøre det vanskeligt for patienterne at evaluere de sundhedsydelse, de modtog. Dette aspekt er inddraget i diskussion af strukturen *at forsvare de sundhedsprofessionelle* i afsnit 6.2.2.

6.2 Undersøgelsens uventede og nye fund

Strukturerne *at føle sig klar, at forsvare de sundhedsprofessionelle, at kunne klare sig hjemme* samt netværket, er fund, der ikke umiddelbart fremstod af baggrunden for undersøgelsens forskningsspørgsmål. På baggrund heraf, kan disse strukturer betragtes som eksempler på, at dataindsamlingsmetoden har været tilstrækkeligt åben til at muliggøre udforskning af temaer, der ligger udenfor den forforståelse, som danner baggrund for undersøgelsen. Jeg har i afsnit 6.2.1 valgt at fokusere på en teoretisk diskussion af strukturen *at føle sig klar*, da denne lod til at være den væsentligste faktor for informanternes oplevelser af overgangen. Desuden har jeg i afsnit 6.2.2 valgt at diskutere strukturen *at forsvare de sundhedsprofessionelle* ud fra en undersøgelse af ældre patienters evne og vilje til at evaluere sundhedsvæsenet, da denne struktur fremkom som en overordnet struktur, uafhængig af de øvrige fund.

6.2.1 At føle sig klar

Der argumenteres for, at centrale elementer af denne struktur kan relateres til mestring og informanternes mestringsressourcer. Dette er her belyst og diskuteret ud fra Benner og Wrubels betragtninger om stress og mestring, i *Omsorgens betydning for sygeplejen – stress og mestring ved sundhed og sygdom* (Benner, Wrubel 2001).

Informanterne beskrev en følelse af at være/ikke være klar til at komme hjem som noget, der var der i sig selv. Enten en grundlæggende følelse af at være klar, som en glæde over og positive forventninger til det at komme hjem, eller modsat, en grundlæggende følelse af ikke at være klar, som en følelse af bekymring og en fornemmelse af, at man ikke ville være i stand til at klare sig derhjemme. Denne følelse kan betragtes som et udtryk for, i hvilken grad informanterne oplevede overgangen som en stressfaktor, og i hvilken grad de var i stand til at håndtere den eventuelle oplevelse af stress.

Benner og Wrubel definerer stress som forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med oplevelse af skade, tab eller udfordring til følge, og dette kræver sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder (ibid, s.83). For informanterne syntes

overgangen at kunne bære præg af en forstyrrelse af mening, forståelse og normal funktion med udfordring og måske tab til følge, for eksempel hvis informanten på grund af sygdommen havde et reduceret funktionsniveau. Flere af informanterne gav udtryk for, hvor svært det kunne være at vænne sig til, ikke at kunne klare hverdagsopgaver såsom personlig pleje, madlavning og rengøring. Dette kunne ses som et eksempel på, hvordan informanterne kunne møde nye udfordringer i hverdagen efter udskrivelsen, og hvordan det kunne kræve erhvervelse af nye færdigheder at kunne tilpasse sig den nye kontekst.

Ifølge Benner og Wrubel involverer oplevelsen af stress både det enkelte menneske og situationen, idet stress betragtes som et resultat af personens egen vurdering af sin relation til situationen og af sin evne til at tilpasse sig den (ibid). Informanterne havde ikke samme oplevelse af at være klar eller ikke klar til at komme hjem. Årsagen til dette kunne, ud fra Benner og Wrubels betragtning, være, at de havde forskellige vurderinger af situationen og af deres evne til at tilpasse sig den. Hvad der for den ene kunne forekomme uoverskueligt og stressende, kunne for en anden forekomme mere håndterbart.

Et menneskes bekymringer, anliggender, baggrundsbetydninger, færdigheder og vaner er alle med til at definere, både hvad dette menneske anser for at være stressende, og hvilke muligheder for mestring der er til stede. Både stress og mestringsmuligheder formes af et menneskes temporalitet, som i det fænomenologiske perspektiv er udtryk for menneskets eksistens i nutiden, påvirkning af fortiden og projicering ud i fremtiden, hvilket giver tiden en kvalitativ dimension (ibid).

Påvirkningen af fortiden kunne eksempelvis betyde, at hvis en af informanterne tidligere havde oplevet et positivt udfald på sygdoms- og rekonvalescens forløb, kunne denne have baggrundsbetydninger og erfaringer, der reducerede oplevelsen af stress i situationen. Hvis en af informanterne derimod havde dårlige erfaringer fra tidligere forløb, eller havde oplevet forløb med negativt udfald i omgangskredsen, kunne denne betragte den samme situation, som langt mere risikobetonet og stressende. Temporalitetens betydning medfører også, at gamle mønstre, som tidligere blev taget

for givet, kunne miste deres relevans hvis, hvis en af informanterne eksempelvis havde oplevet ændringer i funktionsniveauet. Fortiden forlader ikke personen men forbliver skjult som en del af personen og kan medføre en følelse af at være fanget af fortiden (ibid, s.88f.). Flere af informanterne oplevede, at det kunne være svært at løsrive sig fra gamle vaner i hverdagen, for eksempel dét at kunne gå i bad som det første, når de stod op om morgenen, og de oplevede det som en udfordring at vænne sig til ikke længere at kunne klare det selv. Gamle antagelser og vaner kunne således brede sig ud, som en taget-for-givet måde at være i verden på, der ikke passede i den nye kontekst, informanten skulle tilpasse sig.

Et andet aspekt af temporaliteten er menneskets eksistens i nutiden. For informanterne kunne dette indebære flere ting, heriblandt oplevelsen af støtte fra netværket og oplevelsen af tryghed og sammenhæng i forløbet. I forhold til fremtidsaspektet af temporaliteten, kan de sundhedsprofessionelle, ifølge Benner og Wrubel, fungere som vejledere for patienten, hjælpe denne til at forestille sig næste skridt og gøre patienten i stand til at projicere selvet ud i fremtiden. Med dette mener Benner og Wrubel, at den sundhedsprofessionelle, via erfaringer fra andre forløb, kan lære, hvad der kan forventes eksempelvis i forhold til et overordnet overblik over tidsplanen. Herved, samt ved detaljeret beskrivelse af konkrete fremskridt hos den enkelte patient, kan de sundhedsprofessionelle hjælpe patienten til at få en overordnet fornemmelse af fremskridt og projektion ud i fremtiden. Patientens verden udvider sig så at sige, så den kommer til også at omfatte fremtidige færdigheder (ibid).

Sammenfatning

Ifølge ovenstående diskussion kunne informanterne oplevelser af at være klar/ikke klar til at komme hjem, således betragtes som resultat af deres vurdering af situationen samt af deres egen evne til at tilpasse sig den. Denne vurdering kunne påvirkes af det nu, informanten eksisterede i, herunder oplevelsen af sammenhæng og tryghed i forløbet samt af den centrale støtte fra det personlige netværk. Oplevelsen af at være klar/ikke klar, kunne desuden betragtes som værende under indflydelse af informanternes tidligere erfaringer med sygdom og rekonvalescens, samt af deres evne til at tilpasse sig den nye hverdagskontekst efter eventuelle funktionstab.. Strukturen fremgik ikke af den

udvalgte forskning på området, men ud fra ovenstående diskussion er der argumenteret for dens relevans som betydningsfuld faktor for informanternes oplevelse af overgangen.

6.2.2 At forsvare de sundhedsprofessionelle

Fundet af denne struktur indikerede, at informanterne var modvillige til at udtale sig kritisk om de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ydelser, hvilket her er belyst og diskuteret med henblik på at identificere mulige årsager til forsvaret og at argumentere for fundets relevans og gyldighed.

Der er tidligere foretaget undersøgelser, dels af validiteten og anvendeligheden af patienttilfredshedsundersøgelser generelt, og dels af ældres vilje og evne til at evaluere sundhedsvæsenet. Sidstnævnte, en undersøgelse af David J. Owen¹³ og Claire Batchelor¹⁴, om ældre patienters evne og vilje til at evaluere sundhedsvæsenets og de sundhedsprofessionelles ydelser. Deres undersøgelse er inspireret af en artikel af Brian Williams¹⁵, der sætter spørgsmålstegn ved validiteten og anvendeligheden af patienttilfredshedsundersøgelser¹⁶.

Denne undersøgelses fund af informanternes forsvar af de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ydelser, underbygges af Owens og Batchelors overordnede fund. Heraf fremgik det, at ældre patienter syntes at være uvillige til at evaluere servicen i primærsektoren, at de var bemærkelsesværdigt beskyttende overfor denne og ofte kun ville kritisere faktorer, der lå udenfor de sundhedsprofessionelles ansvarsområder.

I nærværende undersøgelse blev der fundet en tilsyneladende dobbelttydighed mellem denne struktur og de øvrige fund, idet der fremkom fund af både utilfredshed, bekymringer og problemer med uindfrie forventninger og behov. Dette underbygges

¹³ Lektor i sociologi på School of Social and Administrative Studies, Wales Universitet.

¹⁴ Forskningsmedarbejder på School of Social and Administrative Studies, Wales Universitet.

¹⁵ Forskningsleder i medicinsk sociologi, på North Wales Hospital.

¹⁶ I artiklen *Patient satisfaction – a valid concept?* (Williams 1994), konkluderer Williams, at patienttilfredshedsundersøgelser bygger på flere ubeviste antagelser. Det er disse antagelser der undersøges nærmere af Owens og Batchelor.

ligeledes af Owens og Batchelors undersøgelse, der fandt, at ældre patienter syntes at have meget få, om nogen, forventninger til ydelserne, samt at de forventninger de havde, for størstedelen udvikledes i takt med modtagelsen af ydelserne. De konkluderede i forhold til dette, at der var meget lidt evidens for, at udtryk for tilfredshed overordnet var et resultat af indfrieede forventninger og værdier. Dette kunne således være en mulig forklaring på informanternes umiddelbare forsvar og udtryk for tilfredshed, samtidigt med deres udtryk for problemer i forløbet.

I forbindelse med præsentationen af denne struktur, fremhævede jeg en informant, som udtrykte samme umiddelbare forsvar af og overordnede tilfredshed med ydelserne, samtidigt med at hun undervejs i interviewet udtrykte resignation overfor systemet. Dette fund underbygges ligeledes af Owens og Batchelor, der fandt, at ældre patienters modvillighed overfor at kritisere sundhedsvæsenet, syntes hovedsageligt at skyldes tre overordnede årsager:

1. At patienterne frygtede at øge de sundhedsprofessionelles arbejdspress yderligere
2. At patienterne ikke mente, det nyttede noget at beklage sig, fordi de mente det alligevel var umuligt at ændre
3. At patienterne frygtede, at deres fremtidige pleje kunne blive kompromitteret

I punkt 2 fremgår således, at de ældre patienter syntes at kunne udtrykke tilfredshed med, og forsvar af, de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ydelser, netop fordi de resignerede overfor systemet og ikke mente, det nyttede at beklage sig.

Sammenfatning

Ifølge ovenstående diskussion blev fundet af informanternes tilsyneladende forsvar af de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ydelser, underbygget af anden forskning, og der blev således argumenteret for strukturens gyldighed som en mulig betydningsfuld faktor for informanternes oplevelser af overgangen. Ovenstående diskussion viste ligeledes, at en mulig forklaring på informanternes forsvar kunne være, at de ikke på forhånd havde forventninger til sundhedsvæsenets ydelser og derfor ikke havde noget at sammenholde deres oplevelser med. Desuden kunne forsvaret skyldes, at informanterne ikke ønskede at foranledige yderligere arbejdspress på de sundhedsprofessionelle, at de ikke troede det nyttede at klage og dermed havde

resigneret overfor systemet, eller at de frygtede, at kritik af de sundhedsprofessionelle kunne vække modvilje og dermed forringe den fremtidige kontakt og pleje.

6.3 Besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål

Denne del af diskussionen er foretaget med henblik på at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål. Dette diskussionsafsnit tager derfor udgangspunkt i de antagelser, der i afsnit 2.5 blev beskrevet som baggrund for formuleringen af forskningsspørgsmålene.

6.3.1 Tryghed

Den første antagelse var; *tryghed er for patienterne et komplekst og sammensat begreb, der omfatter oplevelsen af; a) de sundhedsprofessionelles faglige kompetence, b) et overskueligt forløb, c) hensigtsmæssig og tilstrækkelig kommunikation samt d) gode relationer til de sundhedsprofessionelle.*

Undersøgelsens fund underbyggede ikke punkt a i ovenstående antagelse, da informanternes udtalelser ikke indikerede, at de sundhedsprofessionelles faglige kompetencer havde indflydelse på deres oplevelser af overgangen. Undersøgelsens fund viste derimod, at oplevelsen af tryghed i overgangen tilsyneladende primært afhang af planlægningen samt af samarbejde og koordination mellem de sundhedsprofessionelle. Nøgleordene planlægning, samarbejde og koordination underbygger dele af punkt b og c i ovenstående antagelse. Der argumenteres for dette, idet planlægning, samarbejde og koordination dels kan ses som en forudsætning for forløbets overskuelighed, og dels kan ses som forudsat af hensigtsmæssig og tilstrækkelig kommunikation mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer. Undersøgelsens fund viste desuden, at gode relationer til sundhedsprofessionelle syntes at styrke informanternes følelse af tryghed, ligesom uhensigtsmæssige relationer tilsyneladende svækkede denne følelse, hvilket underbygger punkt d i ovenstående antagelse.

Delkonklusion

Ud fra ovenstående diskussion er undersøgelsens første forskningsspørgsmål besvaret; Hvilke faktorer kan have indflydelse på patienternes oplevelse af tryghed, i overgangen til eget hjem?

Det konkluderes, at faktorer, der kunne have betydning for patienternes oplevelse af tryghed i overgangen, tilsyneladende omfattede sammenhæng, planlægning, kommunikation og koordination, samt oplevelsen af gode og hensigtsmæssige relationer til de sundhedsprofessionelle.

6.3.2 Patientinddragelse

Den anden antagelse var; *patientinddragelse er en vigtig faktor for de ældre patienter i udskrivelsesprocessen, og manglende inddragelse bevirker, at patienterne føler sig overset og føler, at der bliver handlet hen over hovedet på dem.*

Undersøgelsens fund underbygger ovenstående antagelse, da disse indikerede, at informanternes oplevelse af at blive inddraget i planlægning og beslutningstagning, havde stor betydning for oplevelsen af overgangen. Undersøgelsens fund viste, at inddragelse syntes at styrke informanternes følelse af at blive respekteret og taget alvorligt. Desuden indikerede undersøgelsens fund, at manglende inddragelse af kunne medføre følelser af frustration og utryghed. Undersøgelsens fund viste også, at der tilsyneladende skete en gensidig påvirkning mellem informanternes oplevelser af at blive inddraget og deres oplevelser af relationerne til de involverede sundhedsprofessionelle.

Delkonklusion

Ud fra ovenstående diskussion er undersøgelsens andet forskningsspørgsmål besvaret; *Hvilken betydning kan patientinddragelse i planlægning og beslutningstagning have for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?*

Det konkluderes, at inddragelse i planlægning og beslutningstagning tilsyneladende kunne have stor betydning for patienternes oplevelse af at blive respekteret og taget alvorligt, og dermed for deres samlede oplevelse af overgangen. Det konkluderes desuden, at der syntes at forekomme en gensidig påvirkning mellem patienternes

oplevelse af inddragelse og deres oplevelser af relationerne til de involverede sundhedsprofessionelle. Endelig konkluderes det, at manglende inddragelse tilsyneladende kunne medføre følelser af frustration og utryghed.

6.3.3 Kontinuitet og kommunikation

Den tredje antagelse var; *kontinuitet og kommunikation er en afgørende betingelse for patienternes oplevelse af et positivt forløb og for deres oplevelse af tryghed i overgangen til eget hjem.*

Som beskrevet i afsnit 6.1.1, indikerede denne undersøgelses fund, at planlægning samt samarbejde og kommunikation mellem de involverede sektorer og sundhedsprofessionelle kunne have stor betydning for informanternes oplevelse af overgangen og tilsyneladende havde central betydning for oplevelsen af tryghed. Undersøgelsens fund angav desuden, at informanterne tilsyneladende oplevede manglende samarbejde og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, hvilket syntes at vække bekymring samt følelser af frustration og utryghed, ligesom det kunne betyde, at de ikke modtog den nødvendige hjælp. Undersøgelsens fund viste ydermere en tilsyneladende sammenhæng mellem informanternes oplevelser af et overskueligt forløb og inddragelsen i planlægning og beslutningstagning. Da patientinddragelse kan betragtes som værende forudsat af hensigtsmæssig og tilstrækkelig kommunikation mellem patienter og sundhedsprofessionelle, argumenteres der for, at undersøgelsens fund underbygger ovenstående antagelse.

Delkonklusion

Ud fra ovenstående diskussion er undersøgelsens tredje forskningsspørgsmål besvaret; *Hvilken betydning kan kommunikation og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer have, for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?*

Det konkluderes, at patienternes oplevelse af samarbejde og kommunikation mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer, syntes at have stor betydning for oplevelsen af sammenhæng i overgangen til eget hjem. Desuden konkluderes det, at patienternes oplevelse af kommunikation og samarbejde mellem de involverede

sundhedsprofessionelle og sektorer, lod til at have stor betydning for oplevelsen af tryghed, og dermed for den samlede oplevelse af overgangen.

7. Metodekritik og diskussion af undersøgelsens validitet

Ifølge Kvale og Brinkmann findes der ikke ufejlbarlige principper eller regler, der kan fastslå validiteten af kvalitativ forskning (Kvale 2009, s.276). Her drejer vurderinger af validiteten sig om, hvorvidt den valgte metode har været anvendelig til at undersøge det valgte problemområde, hvilket forudsætter gennemsigtighed i alle forskningsprocessens faser (ibid, s.271f). Der lægges vægt på valideringskriterier i form af forskningens håndværksmæssige kvalitet, herunder kommunikativ og pragmatisk validering og argumenterer for valideringen som en kontinuerlig kontrol på alle stadier i forskningsprocessen, fra tematisering til afrapportering (ibid, s.275).

I henhold til ovenstående er afsnittet opdelt i 3 underafsnit: I Afsnit 7.1 er den valgte metode er diskuteret. Herefter er den kommunikative validitet diskuteret i afsnit 7.2 og endeligt den pragmatiske validitet i afsnit 7.3.

7.1 Håndværksmæssig kvalitet

Den håndværksmæssige kvalitet omfatter, ifølge Kvale og Brinkmann, alle interviewundersøgelsens faser fra tematisering til afrapportering. Først og fremmest er gennemsigtighed i alle forskningsprocessens faser afgørende for vurdering af validiteten, hvilket er forsøgt efterkommet i dette speciale, ved eksplicitering af min forforståelse og de metodiske valg foretaget undervejs i undersøgelsen (afsnit 3). I dette afsnit er udvalgte faser af undersøgelsen diskuteret, herunder min rolle som noviceinterviewer samt udvælgelsen af informanter.

Min rolle som noviceinterviewer kan have været problematisk, idet jeg som forsker var det centrale værktøj i interviewundersøgelsen. Ifølge Kvale og Brinkmann afhænger kvaliteten af den producerede viden af mine kvalifikationer som interviewer, og høje kvalifikationer kræver omfattende træning og erfaring (Kvale, Brinkmann 2009, s.100). Jeg har i denne undersøgelse søgt at kompensere for min manglende erfaring som

interviewforsker ved at udarbejde et detaljeret design for undersøgelsen samt nøje overvejelse og tilrettelæggelse af metoden.

Jeg har brugt lang tid på afklaring under udarbejdelsen af interviewguiden, og er flere gange undervejs stødt på problemer med formuleringer af spørgsmål. Dog har jeg søgt at afhjælpe disse problemer ved dels at rådføre mig med min vejleder på projektet, og dels at diskutere interviewguiden med både medstuderende og kolleger. I forsøg på at kompensere for min manglende erfaring har jeg, som tidligere nævnt, øvet interviewsituationen med medstuderende. Herved har jeg opøvet en vis sikkerhed i guidens temaer og spørgsmål før hvert interview for bedre at kunne fokusere på kontakten med informanterne undervejs, og for at give frihed til at følge deres fortællinger. Der var forskel i kvaliteten af de tre interviews, i forhold til om informanterne spontant gav righoldige beskrivelser af deres oplevelser, eller jeg måtte hjælpe dem under interviewet med opfølgende og uddybende spørgsmål. Det kan ikke afvises, at dette hænger sammen med min manglende erfaring, men kunne dog også henføres til andre faktorer, såsom interaktionen mellem informant og mig som forsker, eller om informanten var vant til at formulere sig kort eller mere beskrivende. Det er muligt, at større erfaring med interviewforskning, havde resulteret i mere righoldige data og dermed i andre, eller flere, fund.

I forhold til udvælgelsen af informanter kan det bemærkes, at jeg har udarbejdet tydelige kriterier herfor og dermed ekspliciteret, hvilken patientgruppe undersøgelsen har omhandlet. Det kan dog indvendes, at udvælgelsen af informanter i forhold til køn har været tilfældig og således har resulteret i, at de interviewede patienter udelukkende er kvinder. Denne fordeling på køn har ikke været tilsigtet og kan have haft indflydelse på resultaterne, idet fænomenet ikke blev belyst fra mænds synspunkt, og der kunne have været en kønsrelateret forskel i oplevelserne. Endvidere kan det indvendes, at antallet af informanter var sparsomt, hvilket begrænser rækkevidden af undersøgelsens konklusioner. Dog kan der argumenteres for, at et sparsomt antal informanter giver mulighed for mere dybdegående arbejde med data i analyseprocessen, hvor et større antal informanter kan medføre en mere overfladisk analyse (Malterud 2003, s.62).

7.2 Kommunikativ validitet

Den kommunikative validitet i undersøgelsen vedrører interviewsituationen, transskriberingen samt formidlingen af undersøgelsens resultater (Kvale, Brinkmann 2009, s.280f).

I forhold til interviewene kan det bemærkes, at jeg har anvendt uddybende og afklarende spørgsmål undervejs, herunder sammenfatninger af min forståelse af informanternes udsagn, hvilket har givet dem mulighed for at be- eller afkræfte min umiddelbare forståelse af deres udsagn og af interviewet som helhed. Herved har informanterne haft lejlighed til at verificere fortolkningerne undervejs, hvilket kan betragtes som medlemsvalidering, som er en relevant valideringsform for undersøgelser foretaget i selvfortolkningskonteksten (ibid, s.238).

I transskriptionsfasen er det vanskeligt at fastslå validiteten, idet der ifølge Kvale og Brinkmann ikke findes en sand, objektiv transformation fra mundtlig til skriftlig form. Derimod er det væsentligt, at forskeren overvejer, hvilken type transskription der er hensigtsmæssig ud fra undersøgelsens formål (ibid, s.206f). Disse overvejelser er beskrevet og begrundet i afsnit 4.7, hvorved det i transskriptionsfasen ligeledes er forsøgt at imødekomme kravet om gennemsigtighed. Medlemsvalidering kan også anvendes i denne fase, ved at lade informanterne gennemlæse de transskriberede interviews med henblik på at verificere den fortolkning, der har fundet sted, i transformationen fra tale til skrift. Heri har der dog også ligget en etisk overvejelse, idet det kan opleves som krænkende for informanten, at læse sine udtalelser direkte overført til skrift (ibid, s.210). Jeg har valgt at undlade anvendelsen af denne form for validering i transskriptionsfasen.

Ifølge Kvale og Brinkmann refererer begrebet validitet til sandhed, rigtighed og gyldighed, og et gyldigt argument er blandt andet velbegrunderet, stærkt og overbevisende (ibid, s.272). I forhold til formidlingen af undersøgelsens resultater afhænger validiteten af, om resultaterne er velargumenterede. I præsentationen af undersøgelsens fund er disse underbygget med eksempler i form af citater, hvilket tydeliggør mine slutninger fra data til strukturer og dermed øger gennemsigtigheden i

denne fase. I diskussionen af undersøgelsens fund blev der fundet overensstemmelse med andre forskningsresultater samt med relevant teori. Der kan dog ikke udledes sand eller objektiv viden af kvalitative undersøgelser, men i stedet fokuseres på at udlede sandsynlige fortolkninger i forhold til konteksten (ibid, s.270f). I en undersøgelse af patienters oplevelser giver det ikke mening at diskutere, hvorvidt disse oplevelser er sande, da et menneskes oplevelser er sande for det enkelte menneske. Formålet med denne undersøgelse har således ikke været at udlede en endegyldig sandhed om informanternes overgang, men derimod at udlede sandsynlige og velargumenterede fortolkninger af fænomenet set fra patientperspektivet, hvilket, på baggrund af ovenstående, menes at være opfyldt.

7.3 Pragmatisk validitet

Den pragmatiske validering omfatter anvendeligheden af undersøgelsens fund i praksis, og der kan skelnes mellem to typer: Om et videnskabeligt udsagn ledsages af handling, eller om et videnskabeligt udsagn tilskynder til handlingsforandringer. Den sidste type er den stærkere form for pragmatisk validering og omhandler, ifølge Kvale og Brinkmann, hvorvidt interventioner på baggrund af den producerede viden kan igangsætte handlingsforandringer i praksis (ibid s.284). Det er vanskeligt at vurdere den pragmatiske validitet på forhånd, da der er mange faktorer, med indflydelse på anvendelsen af forskningsresultater i praksis, herunder forskerens troværdighed. Troværdigheden omfatter ikke kun forskerens håndværksmæssige dygtighed men også status i det videnskabelige felt (ibid, s.284). Jeg har valgt her at forholde mig til den del af den pragmatiske validering, der omfatter anvendeligheden af undersøgelsens fund.

Fundet af nye strukturer i undersøgelsen indikerer, at den producerede viden er ny, hvilket har betydning for undersøgelsens pragmatiske validitet. Det kan dog indvendes, at denne undersøgelses formål har været eksplorativt og deskriptivt, og fundene heraf ikke leder direkte til handlingsændringer i praksis. Desuden kan det, på baggrund af undersøgelsens størrelse, indvendes, at det ikke er muligt at overføre resultaterne direkte til en anden kontekst. I diskussionen af undersøgelsens fund blev der dog fundet overensstemmelse med andre forskningsresultater og relevant teori, hvilket indikerer, at undersøgelsens fund kunne have relevans for ældre medicinske patienter, under hensyn

til situation og kontekst. På baggrund af ovenstående vurderes undersøgelsen ikke at have en høj pragmatisk validitet.

8. Konklusion

I forhold til opgavens problemformulering kan der af denne undersøgelses resultater konkluderes følgende:

Undersøgelsens fund angav, at den centrale faktor af betydning for informanternes oplevelser af overgangen, var følelsen af at være klar. Denne følelse syntes påvirket af flere faktorer, herunder tryghed, oplevelsen af at blive respekteret og taget alvorligt, behov for at kunne klare sig hjemme samt støtte fra det personlige netværk.

Undersøgelsens fund indikerede desuden, at informanternes tryghed primært syntes at afhænge af oplevelsen af sammenhæng, hensigtsmæssig og rettidig planlægning, kommunikation og koordination mellem sundhedsprofessionelle og sektorer samt oplevelsen af gode og hensigtsmæssige relationer til sundhedsprofessionelle.

Undersøgelsens fund antydede, at informanternes oplevelse af at blive respekteret og taget alvorligt primært afhang af om de blev medinddraget i planlægning og beslutningstagning i forløbet, samt oplevelsen af gode og hensigtsmæssige relationer til de sundhedsprofessionelle. Disse to faktorer var antagelig nært forbundne, idet der syntes at være en gensidig forstærkning imellem dem, særligt når der var tale om manglende inddragelse og uhensigtsmæssige relationer. Fundene angav ydermere, at manglende inddragelse i planlægning og beslutningstagning syntes at kunne medføre frustration og utryghed.

Formålet med denne undersøgelse var at skabe indsigt i, hvilke faktorer der kunne være betydningsfulde for plejekrævende ældre medicinske patienters oplevelser af overgangen fra hospital til eget hjem og kontakt med hjemmesygeplejen. Dette formål anses som delvist opfyldt, da ovenstående fund har skabt indsigt i, hvilke faktorer der syntes at have betydning for informanternes oplevelser af overgangen. Det kan

indvendes, på baggrund af antallet af informanter, at det ikke er muligt at drage konklusioner, som umiddelbart er overførbare til patientgruppen generelt. Dog kan der argumenteres for, at der i diskussionen af undersøgelsens fund er hentet belæg for at antage, at de faktorer, der her fremstår som betydningsfulde for informanterne, ligeledes kan være det for den øvrige patientgruppe.

Det semistrukturerede kvalitative forskningsinterview vurderes at have været en relevant dataindsamlingsmetode, da det har givet mulighed for adgang til de informanternes livsverden, og for at opnå indsigt i deres erfaringer og oplevelser.

Målet i denne undersøgelse var at opnå indsigt i informanternes subjektive oplevelser, hvilket fordrer, at fortolkningen af data begrænses til deres selvforståelse. Da meningskondenseringen finder sted i selvforståelseskonteksten, vurderes det, at denne metode har været adækvat for undersøgelsen.

Udgangspunktet for denne undersøgelse var nysgerrighed og undren over, at overgangene fra hospital til eget hjem og hjemmesygeplejen syntes at være problematiske for ældre patienter. Jeg havde, inden opstart af projektet, undersøgt problemområdet nærmere, blandt andet ved udarbejdelsen af et struktureret review af den kvalitative forskning på området i forbindelse med en mindre opgave. Jeg savnede her undersøgelser med fokus på patientperspektivet, hvilket efter min mening manglede for at skabe et helt billede af problemet i praksis. Gennem arbejdet med denne undersøgelse har jeg opnået indsigt i informanternes oplevelser og erfaringer, hvilket har givet mig et mere nuanceret billede af problemområdet end tidligere.

Mit kendskab til de valgte metoder til både dataindsamling og analyse er styrket og uddybet betragteligt i denne arbejdsproces. Som noviceinterviewforsker har det været en udfordring at oparbejde det nødvendige kendskab til dataindsamlingsmetoden, omfattende både de konkrete færdigheder i udarbejdelsen af forskningsspørgsmål, interviewguide, udførelse af interviews samt transskribering. I forhold til analysemetoden har det været en spændende udfordring både at anvende et fænomenologisk perspektiv frem for det mere teoristyrede, jeg tidligere har anvendt, og

at få kendskab til den konkrete anvendelse af meningskondenseringen som analyseværktøj.

Undersøgelsens resultater kan ikke anvendes som direkte handlingsanvisende, da formålet har været at skabe indsigt i informanternes oplevelser, og ikke at identificere konkrete fejl og mangler i sundhedsydelserne. Undersøgelsens fund er ej heller direkte overførbare til andre kontekster, men kan derimod identificere et behov for yderligere forskning på området, hvilket perspektiveres yderligere i det følgende.

9. Perspektivering

Selvom undersøgelsens fund ikke er direkte anvendelige handlingsanvisninger i klinisk praksis, kan de medvirke til et øget sundhedsfagligt fokus på de faktorer, der her er fremstået som betydningsfulde for informanterne. Undersøgelsens fund kan da anvendes i den kliniske praksis, såfremt de inspirerer til refleksion. Herunder kan nævnes vigtigheden af inddragelsen af patienterne i planlægningen af overgangen, og betydningen af de sundhedsprofessionelles etablering af hensigtsmæssige og tillidsfulde relationer til patienterne. Disse faktorer er langt fra ukendte som værende væsentlige i forhold til sikringen af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Faktorerne er fremhævet i flere anbefalinger til sikring af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Amtsrådsforeningen 2003, Sundhedsstyrelsen 2006, Innovationsrådet 2007) ligesom de er i fokus for flere sygepleje- og omsorgsteorier (Benner, Wrubel 2001, Eide, Eide 2007).

Indledningsvist blev vigtigheden af et skærpet forskningsmæssigt og politisk fokus på området pointeret. Selvom det forskningsmæssige fokus unægtelig er vigtigt, er forskning på området, ud fra ovenstående eksempler, ikke nødvendigvis udslagsgivende i sig selv. Det er i forhold til dette, Kvale og Brinkmann fremhæver vigtigheden af den pragmatiske validitet (Kvale, Brinkmann 2009, s. 285). Her anføres blandt andet, at den videnskabelige diskurs i princippet er uendelig og at det først er i inddragelsen af den praktiske kontekst, det kan være påkrævet at iværksætte handlinger og træffe beslutninger (ibid).

Set fra dette perspektiv kan det være relevant at iværksætte yderligere forskning på området, der tilgodeser den praktiske kontekst og imødekommer kravet om pragmatisk validitet. Kvale og Brinkmann nævner aktionsforskning som en mulighed for inddragelse af den praktiske kontekst i forskningen. Her udvikles der viden i fællesskab mellem forskeren og de udforskede (ibid, s.284), hvilket også har været tilfældet i denne undersøgelse. Det, der bibringer aktionsforskningen den pragmatiske validitet, er den efterfølgende anvendelse af denne viden i form af konkrete handlinger i situationen for herigennem at teste den producerede videns gyldighed. Et fremtidigt forskningsprojekt kunne således, i fællesskab med den undersøgte patientgruppe, omhandle at videreudvikle den viden, der kan udledes af denne undersøgelses fund. Først og fremmest kunne det undersøges, om fundene i denne undersøgelse er overførbare til patientgruppen generelt. Hvis det er muligt at argumentere for en sådan overførbare, kunne der nedsættes en arbejdsgruppe af sundhedsprofessionelle fra begge sektorer samt repræsentanter for patientgruppen med henblik på at afdække, hvorledes der kunne tages hånd om disse betydningsfulde faktorer i praksis. På baggrund af dette kunne der udformes konkrete handlingsanvisninger, som efterfølgende kunne afprøves i praksis for herigennem at validere den producerede viden.

Der er dog andre faktorer på spil end blot udførelsen af pragmatisk valid forskning, som angivet i citatet herunder;

”Pragmatisk validering rejser spørgsmålet om magt og sandhed i samfundsforskningen... hvor er magten til at afgøre, hvilke former for sandhedssøgning der skal forfølges, hvilke forskningsspørgsmål der er værd at finansiere?” Kvale, Brinkmann 2009, s.286

Dette spørgsmål kan anses som værende et politisk spørgsmål, hvilket leder tilbage til den indledende pointering af det politiske fokus. Eftersom der allerede findes forskning, teorier og anbefalinger med fokus på nogle af undersøgelsens fund, dog i forhold til en langt bredere patientgruppe, er det nærliggende at spørge, hvorfor der tilsyneladende stadig opstår problemer relateret til disse faktorer i praksis? Der er mange mulige besvarelser på dette spørgsmål, men en af dem kunne være, at det politiske fokus på området endnu ikke er skarpt nok. I den forbindelse kunne yderligere forskning på området bidrage frugtbart til den offentlige debat om samfundets værdier og mål, og dermed skærpe det politiske fokus.

Referenceliste

- Amtsrådsforeningen 2003, *Patientens møde med sundhedsvæsenet: de mellem menneskelige relationer: anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*, Amtsrådsforeningen, [Kbh.].
- Benner, P. & Wrubel, J. 2001, *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*, 1. bogklubudgave edn, Munksgaard Bogklubber, [Kbh.].
- Birkelund, R. 2008, *Frihed til fælles bedste: en oppositionel stemme fra fortiden*, Aarhus Universitetsforlag, Århus.
- Buus, N., Kristiansen, H.M., Tingleff, E.B. & Rossen, C.B. 2008, "Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller", *Sygeplejersken*, vol. 10, no. 10, pp. 1-2.
- Christensen K.B, N.S. 2007, "Ekspløsiv vækst i antallet af akutindlagte ældre", *Sygeplejersken*, vol. 18, no. 18, pp. 16-17.
- Christensen K.B., N.S. 2007, "Flere ældre lider under korte indlæggelser", *Sygeplejersken*, vol. 18, no. 18, pp. 19-20.
- Den Centrale Videnskabetiske Komité, URL <http://www.cvk.sum.dk/jgiugiygygh>
- Efraimsson, E., Rasmussen, B.H., Gilje, F. & Sandman, P. 2003, "Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home", *Journal of clinical nursing*, vol. 12, no. 5, pp. 707-716.
- Efraimsson, E., Sandman, P.O. & Rasmussen, B.H. 2006, ""They were talking about me" - elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 20, no. 1, pp. 68-78.
- Eide, H. & Eide, T. 2007, *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. reviderte og utvidede utgave edn, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Fredslund, H. 2004, "Hermeneutisk analyse" in *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*, eds. L. Kock & S. Vallgård, 2nd edn, Munksgaard, København, pp. 91-109.
- Giorgi, A. 1997, "The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research", *Journal of Phenomenological Psychology*, vol. 28, no. 2, pp. 235-261.
- Grönroos, E. & Perälä, M.L. 2005, "Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 19, no. 3, pp. 288-295.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, *Sundhedssektoren i tal*.
URL: http://www.im.dk/publikationer/sundhedssektoren_i_tal/samletjuni06.pdf.
- Innovationsrådet 2007, *Brugernes Sundhedsvæsen - oplæg til en patientreform*, Huset Mandag Morgen, København.
- Koch, L. & Vallgård, S. (eds) 2006, *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 2. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Krag, A.M., Gut, R., Freil, M. 2007, *POPS - Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor*, Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *InterView - Introduktion til et håndværk*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København.
- LeClerc, C.M., Wells, D.L., Craig, D. & Wilson, J.L. 2002, "Falling short of the mark: tales of life after hospital discharge", *Clinical nursing research*, vol. 11, no. 3, pp. 242-63; discussion 264-6.
- Malterud, K. 2003, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, 2. udgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Masen, M.H. 2008, *Hurtig og effektiv behandling på sygehusene - Har det konsekvenser for kommunerne?*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- McKeown, F. 2007, "The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse", *Journal of clinical nursing*, vol. 16, no. 3, pp. 469-476.
- Owens, D., Batchelor, C. 1996, "Patient satisfaction and the elderly", *Social Science & Medicine*, vol. 42. no. 11, pp. 1483-1491.
- Palsbo, S. 2007, "De berømte to stole", *Sygeplejersken*, [Online], vol. 18, no. 18, pp. 04.09.2007-6. Available from: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=15866&menu=195009>. [08.02.2009].
- Rydeman, I. & Tornkvist, L. 2006, "The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers", *Journal of clinical nursing*, vol. 15, no. 10, pp. 1299-1307.
- Sundhedsstyrelsen 2006, *Vejledning om Hjemmesygepleje*, Lovbaseret vejledning edn, Dansk, København.
- Vinge, S. 2006, *Hjemmesygeplejen i Danmark*, DSI Institut for sundhedsvæsen, København.

Vinge, S., Buch, M.S. & Forum for Kvalitet og Udvikling i Offentlig Service 2007, *Uhensigtsmæssige indlæggelser: muligheder og perspektiver for kommunerne*, FOKUS.

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005, "The integrative review: updated methodology", *Journal of advanced nursing*, vol. 52, no. 5, pp. 546-553.

Williams, B. 1994, "Patient satisfaction - A valid concept?", *Social Science & Medicine*, vol. 38, no. 4, pp. 509-516.

Zahavi, D. 1997, *Husserls fænomenologi*, Gyldendal, [Kbh.].

Bilagsliste

- Bilag 1: Søgeprotokol**
- Bilag 2: Ethiske overvejelser**
- Bilag 3: Lægmandsbeskrivelse**
- Bilag 4: Informeret samtykke**
- Bilag 5: Interviewguide**

Bilag 1:

Søgeprotokol

Problemstilling:

Fokus for dette speciale er, at undersøge ældre medicinske patienters oplevelse af overgangen fra hospital til eget hjem.

Informationskilder:

Det er relevant for specialets problemstilling, at søge litteratur i sundhedsvidenskabelige databaser. Søgningen er derfor foretaget i PubMed, Cinahl og SveMed. Endvidere er der foretaget søgninger på sygeplejersken.dk, sundhedsstyrelsen.dk samt på dsi.dk.

Inklusionskriterier:

Søgningen er begrænset til referencer på engelsk, dansk, norsk og svensk. Referencerne skal have fokus på patienternes overgang fra hospital til hjemmesygepleje. Søgningen er endvidere begrænset til at omfatte årene 1999 til nu, da implementeringen af accelererede medicinske patientforløb vurderes at være tiltaget i denne periode.

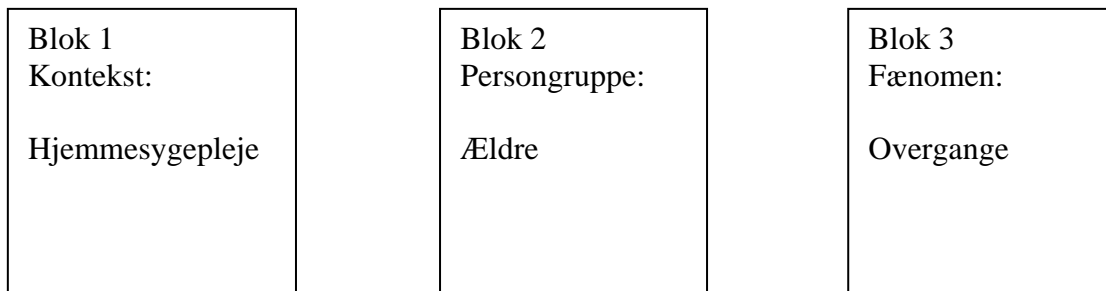
Eksklusionskriterier:

Et eksklusionskriterium er kirurgiske forløb, da der ved accelererede forløb på dette område primært sker ændringer indenfor hospitalsregi, og det hovedsageligt er ved medicinske forløb at der overdrages opgaver til primærsektoren (Masen 2008). Fokus for søgningen er endvidere begrænset til almene medicinske forløb, og sygdomme såsom apopleksi, demenslidelser, hjerneskader, psykiske sygdomme m.fl. er ekskluderet fra undersøgelsen, da der for patienter med disse diagnoser kan være tale om påvirket kognitiv funktion. Desuden er undersøgelser med fokus på terminale patienter ekskluderet, da der her er tale om særlige omstændigheder og særlige foranstaltninger såsom det palliative team.

Søgestrategi:

Der er foretaget en systematisk bloksøgning ovennævnte databaser, kombineret med en usystematisk kædesøgning ud fra referencer og citationer.

Bloksøgningen består af følgende tre blokke:



I den systematiske bloksøgning i databasen Cinahl, er de anvendte søgeord i første blok *Community health nursing (MH¹⁷)* og *Professional home nursing (MH)*. I anden blok er søgeordene *Aged (MH)* og *Aged 80+(MH)*, og i tredje blok er søgeordene *discharge planning (MM¹⁸)*, *early patient discharge (MM)*, *patient discharge (MM)* og *after care (MM)*. Søgningen på Cinahl headings er kombineret med fritekstsøgning på de samme termer, for at øge søgningens sensitivitet. Resultatet af søgningen på Cinahl var 71 artikler til nærmere gennemlæsning. I den systematiske bloksøgning i PubMed, er de anvendte søgetermer i første blok *community health nursing (Mesh¹⁹)* og *home care service (Mesh)*. I anden blok var søgeordene *aged (Mesh)* og *aged 80+(Mesh)*, og i tredje blok *patient discharge (Majr²⁰)* samt *after care (Majr)*. Søgningen på Mesh-terminerne blev kombineret med fritekstsøgning på samme søgetermer, for at øge søgningens sensitivitet. Resultatet af den systematiske bloksøgning på PubMed var 104 referencer til nærmere gennemlæsning. SveMed anvender samme tesaurus som PubMed, og søgningen svarer derfor til den ovenfor beskrevne. Resultatet af søgningen på SveMed blev 23 referencer til nærmere gennemlæsning.

¹⁷ MM: Major Heading & Major Concept

¹⁸ MH: Major Heading

¹⁹ Mesh: Mesh-Term

²⁰ Majr: Major Concept

Resultaterne af den systematiske bloksøgning blev nærlæst og sorteret ud fra de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier. Der blev i alle tre databaser foretaget en usystematisk kædesøgning via relevante artiklers referencelister samt funktionerne ”related articles” og ”cited articles”, hvor disse funktioner var tilgængelige. Kædesøgningen afdækker relevante artikler der ikke er fremkommet ved den systematiske bloksøgning, og udbygger relevante søgeord til bloksøgningen. Efter grundige og gentagne gennemlæsninger af dels abstracts og dels fulde referencer, blev det endelige resultat 6 relevante referencer.

Databaser	Søgetermer	Hits	Udvalgte referencer
Cinahl	<i>1: community health nursing, professional home nursing</i> <i>2: aged, aged 80+</i> <i>3: discharge planning, early patient discharge, patient discharge, after care</i>	74	4
PubMed	<i>1: community health nursing, home care service,</i> <i>2: aged, aged 80+</i> <i>3: patient discharge, after care</i>	104	2
SveMed	<i>1: community health nursing, home care service,</i> <i>2: aged, aged 80+</i> <i>3: patient discharge, after care</i>	23	0

Bilag 2:

Etiske overvejelser

Størrelsen og arten af denne undersøgelse har bevirket, at det ikke var nødvendigt at indhente tilladelse til projektet fra datatilsynet. Ifølge den Centrale Videnskabsetiske Komité, skal spørgeskemaundersøgelser, interviewundersøgelser og registerforskningsprojekter kun anmeldes og godkendes, hvis der i projekterne indgår undersøgelse af menneskeligt biologisk materiale. Da denne undersøgelse udelukkende er en interviewundersøgelse, skal projektet ikke anmeldes og godkendes til den videnskabsetiske komite. At undersøgelsen ikke skal godkendes af den videnskabsetiske komité, fordrer at jeg som forsker gør mig nøje etiske overvejelser før og under projektets udførelse.

Moralregler er nyttige tommelfingerregler, og bør betragtes som *”deskriptive sammenfatninger af gode bedømmelser... der kun er gyldige, for så vidt som de overfører den normative kraft, der ligger i den kloge persons konkrete beslutninger”* (Nussbaum 1996, s. 299). Ifølge Kvale, bør kvalitative forskere primært fokusere på at styrke evnen til at anvende deres praktiske klogskab og tænke kontekstuel, for at være etisk kompetente, frem for mekanisk at følge et abstrakt, universelt regelsæt (Kvale 2009, pp. 84). Der er altså ikke nogle fastlagte regler for, hvordan der skal tages hensyn til de etiske aspekter i undersøgelsen, men i det følgende beskrives hvilke overvejelser jeg har gjort mig undervejs i dette projekt.

Ifølge Kvale er det, i starten af et kvalitativt forskningsprojekt, vigtigt at tage stilling til, hvilke fordelagtige konsekvenser undersøgelsen kan have for interviewpersonerne, den gruppe de repræsenterer og for menneskets vilkår (Kvale 2009, pp 86). I denne undersøgelse, vil skabelsen af viden omkring de ældre medicinske patienters oplevelser af overgangen fra hospital til eget hjem, kunne bidrage til udvikling og forbedring af den sygeplejefaglige indsats på området. Dette er til gavn for den patientgruppe som interviewpersonerne repræsenterer. Interviewpersonerne selv kan desuden drage fordel

af selve interviewsituationen, idet det, ifølge Kvale, som regel er en positiv proces for interviewpersonen, der både kan bidrage med ny selvindsigt og med en følelse af at blive lyttet til og taget alvorligt (Kvale 2009).

En anden etisk overvejelse i starten af et kvalitativt forskningsprojekt er, hvordan man indhenter informeret samtykke fra deltagerne. I denne undersøgelse har jeg valgt, at indhente skriftligt samtykke efter både skriftlig information om projektet, i form af en lægmandsbeskrivelse, og mundtlig information, i form af en personlig præsentation af mig selv og projektet. Desuden bør man, ifølge Kvale, være påpasselig med ikke at give for meget information inden interviewet (Kvale 2009). Jeg har valgt at informere patienterne om projektets formål, hvordan jeg beskytter deltagerens anonymitet og fortrolighed, samt om deres ret til at springe fra undersøgelsen når som helst. Beskyttelsen af interviewpersonernes anonymitet og fortrolighed er endnu en af de indledende etiske overvejelser (Kvale 2009, p. 87). I rapporteringen af denne undersøgelse, udelades alle informationer der kan henvise til interviewpersonernes identitet, og lydoptagelserne af interviewene slettes så snart materialet er transskriberet. Det er udelukkende mig selv der har haft adgang til lydoptagelser og transskriptioner af interviewene. Man bør desuden altid overveje hvilke negative konsekvenser undersøgelsen kan have for deltagerne (ibid). I dette tilfælde interviewer jeg personer, som jeg ikke selv har kontakt med i min kliniske praksis, og eftersom alle personhenvisende data slettes, vil interviewpersonernes udtalelser ikke kunne have negative konsekvenser.

Som forsker bør man være opmærksom på, at den åbenhed og intimitet der ofte kendetegner det kvalitative forskningsinterview, kan føre til kvasiterapeutiske relationer. Den personlige nærhed i forskningsrelationen, stiller store krav til forskerens finfølelse med hensyn til, hvor langt man kan gå i sin forskning (Kvale 2009, p. 92). Der er risiko for, at interviewene til denne undersøgelse kommer ind på følsomme spørgsmål, hvor jeg som forsker, nøje må afveje balancen mellem på den ene side ikke at lade interviewet tage en terapeutisk retning som jeg ikke har kvalifikationer til, og på den anden side at jeg heller ikke bør virke kold og reserveret. Da emnerne for

interviewene trods alt ikke, som udgangspunkt, er følsomme, vurderer jeg at risikoen for dette etiske dilemma er lille.

En anden relevant overvejelse er, ifølge Kvale, hvilke konsekvenser offentliggørelsen af undersøgelsen kan forventes at få (Kvale 2009, p. 87). Eftersom personfølsomme data ikke indgår i rapporteringen af undersøgelsen, vil offentliggørelsen ikke kunne få negative konsekvenser for deltagerne. Derimod vil offentliggørelsen muligvis kunne skærpe opmærksomheden på området, hvilket i fremtiden vil kunne få positive konsekvenser, både for undersøgelsens deltagere og den patientgruppe de repræsenterer.

Bilag 3:

Lægmandsbeskrivelse udleveret til potentielle informanter

Interviewundersøgelse af ældre borgeres oplevelse af overgangen fra hospital til hjemmesygeplejen

Mit navn er Maria Uhd. Jeg er sygeplejerske og er i gang med at skrive kandidatspeciale i sygepleje. I specialet undersøger jeg hvordan ældre borgere oplever overgangen fra indlæggelse til den efterfølgende kontakt med hjemmesygeplejen.

Derfor søger jeg ældre borgere, der ønsker at deltage i interviewundersøgelsen.

Jeg ønsker at lave et interview med dig, enten i dit eget hjem eller et andet sted der passer dig, indenfor de første 3 uger efter din udskrivelse.

Under interviewet vil jeg spørge om, hvordan du har oplevet at blive udskrevet til eget hjem og at komme i kontakt med hjemmesygeplejen.

Interviewet vil vare omkring 1 time.

Formålet med undersøgelsen er, at forstå hvad der er betydningsfuldt for ældre patienters oplevelse af overgangen fra hospital til eget hjem.

Som sygeplejerske og forsker har jeg tavshedspligt, og de informationer jeg modtager under interviewene samt mit kendskab til dig, vil blive behandlet anonymt.

Med venlig hilsen

Maria Uhd, sygeplejerske, stud.cur. ved afdeling for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Bilag 4:

Informeret samtykke

Det er frivilligt at deltage i denne undersøgelse, og du kan til enhver tid vælge at afbryde din medvirken.

Alle oplysninger, der fremkommer i forbindelse med interviewet, vil blive behandlet fortroligt.

Når oplysningerne fra interviewene er indsamlet, vil alle lydoptagelser blive slettet.

Alle oplysninger der kan henføres til dig som person, vil blive udelukket fra undersøgelsen.

Jeg bekræfter ved min underskrift, at jeg er blevet informeret om undersøgelsen og at jeg indvilliger i at deltage i interviewet.

Dato/underskrift fra deltager

Dato/underskrift fra interviewer

Med venlig hilsen

Maria Uhd, Sygeplejerske, stud.cur.

Bilag 5:

Interviewguide

Følgende forskningsspørgsmål danner baggrund for interviewspørgsmålene i guiden:

Hvilke faktorer kan have indflydelse på patienternes oplevelse af tryghed, i overgangen til eget hjem?

Hvilken betydning kan patientinddragelse i planlægning og beslutningstagning have, for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?

Hvilken betydning kan kommunikation og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle og sektorer have, for patienternes oplevelse af overgangen til eget hjem?

Interviewspørgsmål	Sonderende/opfølgende spørgsmål
<p>Tak fordi du vil være med i interviewundersøgelsen.</p> <p>Formålet med undersøgelsen er, at finde ud af, hvordan ældre mennesker oplever overgangen fra at være indlagt på hospitalet og til at komme hjem.</p> <p>Jeg optager hele vores samtale på bånd, for senere at kunne skrive hvad vi begge siger ned. Når jeg har skrevet alt ned, bliver optagelsen slettet.</p> <p>Det er kun mig der kommer til at høre interviewet.</p> <p>Jeg sørger for, at du ikke kan genkendes i</p>	

<p>opgaven. Det betyder, at dit navn og de informationer der kan henvise til dig, ikke bliver skrevet i opgaven.</p> <p>Du skal vide, at du til enhver tid kan vælge at trække dig fra interviewet og undersøgelsen.</p> <p>Har du nogen spørgsmål, inden vi går i gang?</p>	
<hr/> <p>Nu starter jeg interviewet, og tænder derfor båndoptageren.</p>	
<hr/> <p>Jeg vil starte med, at stille dig nogle spørgsmål om det at komme hjem:</p> <p>Kan du fortælle mig om, hvordan du havde det med at skulle hjem?</p> <p>Hvordan oplevede du planlægning af din udskrivelse?</p> <p>Hvordan oplevede du at tiden efter din udskrivelse var planlagt?</p>	<p>Hvordan reagerede du på det?</p> <p>Hvad tænkte du, da du fik at vide at du skulle hjem?</p> <p>Hvad synes du om det?</p> <p>Glædede du dig? Var du bekymret? Eller noget helt andet</p> <p>Hvordan?</p> <p>Hvad var godt?</p> <p>Hvad manglede?</p> <p>Hvordan?</p> <p>Hvad var godt?</p> <p>Hvad manglede?</p>

<p>Hvad betød det for dig?</p> <p>Kan du fortælle mig om den dag du blev udskrevet?</p> <p>Hvordan oplever du at hjemmesygeplejen og hospitalet har samarbejdet om din udskrivelse?</p>	<p>Hvordan kom du hjem?</p> <p>Hvordan husker du det?</p> <p>Hvordan oplevede du det?</p> <p>Glædede du dig til at komme hjem?</p> <p>Hvorfor? Hvorfor ikke?</p> <p>Var du tryk ved det, bekymret, eller noget helt tredje?</p> <p>Kan du sige noget mere om det?</p> <p>Kan du beskrive det for mig?</p> <p>Hvordan oplever du det?</p> <p>Hvad har det betydet for dig?</p>
<hr/> <p>Nu vil jeg gerne snakke lidt om, hvordan tiden efter udskrivelsen har været for dig</p> <p>Kan du beskrive for mig, hvordan tiden efter din udskrivelse har været?</p>	<p>Hvordan er det gået?</p> <p>Hvordan har du det med at være hjemme? Hvorfor?</p> <p>Hvad har glædet dig, og hvad har bekymret dig?</p>

<p>Kan du beskrive en situation for mig, som eksempel på det du lige fortalte?</p> <p>Kan du fortælle mig om, hvad der har betydet mest for dig efter udskrivelsen?</p> <p>Kan du fortælle mig om dit første møde med hjemmesygeplejen, efter at du var kommet hjem?</p> <p>Føler du, at du får den hjælp du har brug for herhjemme?</p>	<p>Hvad har fyldt mest i dine tanker? Kan du beskrive et eksempel på det? Kan du sige noget mere om det? Hvordan har du det med det?</p> <p>Hvad skete der? Hvordan husker du det? Kan du sige noget mere om det?</p> <p>Både i forhold til de praktiske ting og i forhold til følelsesmæssig støtte. Hvordan? Hvordan ikke? Hvad har det betydet for dig? (hvis informanten mener han/hun mangler noget – hvad? Fra hvem?)</p>
<hr/> <p>Nu vil jeg gerne spørge lidt til, hvilke personer der har været vigtige for dig efter at du kom hjem</p>	

<p>Kan du fortælle mig om, hvem der har været din vigtigste kontakt/kontakter, efter at du kom hjem fra hospitalet?</p>	<p>Alle kontakter; (eksempler; venner, familie, læge, hjemmesygeplejerske, sosu-hjælper, sosu-assistent, fysioterapeut, ergoterapeut m.fl.)</p>
<p>Kan du fortælle om, hvad der har gjort at netop er blevet din vigtigste kontakt?</p>	<p>Kan du beskrive et eksempel for mig? Hvad betyder det for dig?</p>
<hr/> <p>Nu har jeg spurgt om de ting jeg gerne vil vide.</p> <p>Er der noget mere du gerne vil fortælle mig om?</p> <p>Er der noget du føler at vi mangler at snakke om?</p> <p>Har du nogen spørgsmål til noget af det vi har snakket om, eller til andre ting?</p>	