

Malin Gram og Sunniva Nereng

Pasientsikkerhet i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune - et sykepleieperspektiv

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen
Mai 2019

Malin Gram og Sunniva Nereng

Pasientsikkerhet i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune - et sykepleieperspektiv

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	"Pasientsikkerhet i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune – et sykepleieperspektiv"	Dato : 16.05.19
Deltakere:	Malin Gram og Sunniva Nereng	
Veileder:	Siri Gunn Simonsen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Pasientsikkerhet, informasjonsutveksling, kommunikasjon, samhandling, sykepleie	
Antall sider/ord: 47/9606	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Pasientoverganger er en sårbar situasjon i ethvert pasientforløp. Det er et område hvor pasientsikkerheten utfordres i større grad. Kvalitet og pasientsikkerhet er to viktige begrep som henger sammen. Pasienten skal vernes mot unødig skade. Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 har ført til en rekke endringer som har påvirket både spesialist- og primærhelsetjenesten. Samhandlingen mellom sykehusene og kommunene har blitt satt mer i fokus. God samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivå er viktig for pasientsikkerheten.</p>		
<p>Hensikt: Undersøke hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i pasientoverganger.</p>		
<p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det har blitt benyttet vitenskapelige forskningsartikler. Strukturerte søk har blitt utført i databasene SveMed+ og Pubmed.</p>		
<p>Resultat: Informasjonsoverføringen mellom sykehusene og kommunene er i mange tilfeller mangelfull. Ulike perspektiver utfordrer samhandlingen. Mangel på prosedyrer for hva elektroniske meldinger skal inneholde gir rom egen tolkning og variasjon. Sykepleiere i sykehus og i kommune tillegger ulik vekt på hva som er viktig informasjon. Sykepleiere i sykehus fokuserer i stor grad på det medisinske ved pasienten. Sykepleiere i kommunen ønsker informasjon om pasientens funksjonsnivå, boforhold og behov for hjelpemidler.</p>		
<p>Konklusjon: Samhandlingen om utskrivningsklare pasienter har et stort forbedringspotensiale. Kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehusene og kommunene må forbedres. Det er behov for prosedyrer for hva de ulike PLO-meldingene skal inneholde.</p>		

ABSTRACT

Title:	"Patient safety in information exchange between hospitals and municipalities – a nursing perspective"	Date : 16.05.19
Participants/	Malin Gram and Sunniva Nereng	
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen	
Keywords	Patient safety, information exchange, communication, collaboration, nursing	
(3-5)		
Number of pages/words:	47/9609	Number of appendix: 0
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Patient transitions is a vulnerable situation in the continuity of patient care. Patient transitions challenge the patient safety. Quality and patient safety are two important terms. The two terms are closely related. Patients should be protected from unnecessary harm. A number of changes have occurred after the implementation of Samhandlingsreformen in 2012. Collaboration between hospitals and municipalities has been given a greater focus. Collaboration and communication between health care sectors is important for the patient safety.</p> <p>Aim: Explore how nurses perceive communication and collaboration between hospitals and municipalities in patient transitions.</p> <p>Method: The study is a literature study using scientific research articles. Searches were conducted in the databases SveMed+ and Pubmed.</p> <p>Results: Information exchange between hospitals and municipalities is inadequate in several cases. Different perspectives challenge the collaboration. The e-message system lack procedures. The lack of procedures opens up for own interpretation and variation. Hospital nurses and nurses in the municipalities emphasize differently in the information exchange. Hospital nurses are focusing on the medical aspects regarding the patient. Nurses in the municipalities want information regarding the patients functional level, living conditions and the need for self-help devices.</p> <p>Conclusion: Collaboration regarding patients getting discharged has a great potential for improvement. Communication and collaboration between hospitals and municipalities must improve. The health care sector needs procedures that describes the content in the e-message system.</p>		

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	- 4 -
2.0 Bakgrunn.....	- 6 -
2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	- 6 -
2.2 Pasientsikkerhetsprogrammet.....	- 7 -
2.3 Kommunikasjon og informasjonsoverføring.....	- 8 -
2.4 Dokumentasjon og journalføring.....	- 10 -
2.5 Elektronisk samhandling.....	- 11 -
2.6 Samhandlingsreformen, og hva den har ført til.....	- 12 -
2.7 Tilsynssak fra Helsetilsynet	- 14 -
2.8 Hensikt med oppgaven	- 14 -
2.9 Problemstilling	- 15 -
3.0 Metode.....	- 16 -
3.1 Litteraturstudie som metode.....	- 16 -
3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	- 16 -
3.3 Søkestrategi.....	- 18 -
3.4 Matrise for funn	- 18 -
3.5 Analyse av resultat.....	- 20 -
4.0 Resultater	- 21 -
4.1 Resultatpresentasjon av inkluderte artikler.....	- 21 -
4.2 Sammenfatning av resultater	- 27 -
4.2.1 Samhandling og informasjonsutveksling	- 27 -
4.2.2 Elektronisk meldingsutveksling	- 28 -
4.2.3 Dokumentasjonens betydning for pasientsikkerheten.....	- 30 -
5.0 Drøfting.....	- 31 -
5.1 Samhandling og informasjonsutveksling	- 31 -
5.2 Elektronisk meldingsutveksling	- 33 -
5.3 Dokumentasjonens betydning for pasientsikkerheten.....	- 35 -
5.4 Forskningsetiske- og metodiske overveielser	- 38 -
5.5 Kildekritikk	- 39 -
5.6 Konsekvenser for praksis, og muligheter for innovasjon i tjenesteutvikling	- 40 -
6.0 Konklusjon.....	- 42 -
Litteraturliste.....	- 43 -

1.0 Innledning

Pasientsikkerhet er et sentralt område i helsepolitikken. Tjenestene som tilbys skal være trygge og virkningsfulle (Regjeringen, 2017). Samhandlingsreformen har satt et økt fokus på samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Helsetjenesten skal oppleves helhetlig for pasientene. En helhetlig helsetjeneste stiller økte krav til samhandlingen. Samtidig har kravet til effektivitet økt betraktelig de siste årene (St. Meld. 47 (2008-2009)). Det økte kravet til samhandling er et resultat av måten helsetjenesten er organisert på, med spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det foregår pasientoverganger hele tiden, både innad i helsetjenesten og på tvers av tjenestenivåene. Pasientoverganger er en svært sårbar situasjon i ethvert pasientforløp. Forskning over flere år har vist at det er en sammenheng mellom pasientoverganger og uønskede hendelser (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2018).

I 2018 var hele 1 967 758 pasienter på sykehus i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019). Året før pådro 13,7 prosent seg minste én skade i forbindelse med somatisk sykehusopphold. En regner med at halvparten av skadene kunne vært forebygget, dersom fokuset i større grad var rettet mot kvalitet og pasientsikkerhet. Områder med stor fare for pasientskader er blant annet i forbindelse med kirurgi, medisiner og utskrivelse (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2019). For å måle omfanget av pasientskader i Norge brukes et verktøy kalt Global Trigger Tools (GTT). GTT gjennomgår journaler fra et tilfeldig utvalg sykehusopphold i Norge, og vurderer om det har oppstått pasientskade eller ikke (Guldvog og Skjellanger, 2018).

Et ønske om en sikker og trygg helsetjeneste for pasientene er grunnlaget for valg av tema. I løpet av sykepleiepraksis har det i flere tilfeller oppstått uønskede hendelser tilknyttet pasientoverganger. Flere av disse hendelsene tenker vi kunne ha vært unngått. Temaet har stor relevans for sykepleiefaget, da dette er noe sykepleiere arbeider med i det daglige. Sykepleiere har et ansvar for at pasienter skal oppleve trygge og gode tjenester, og at de ikke blir utsatt for unødig skade. Sykepleierne har

et stort ansvar med å kommunisere og videreformidle viktig informasjon til samarbeidende parter. Dokumentasjon, kommunikasjon og samarbeid er viktige elementer i prosessen.

2.0 Bakgrunn

2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

Ordene *kvalitet* og *pasientsikkerhet* er begreper som brukes mye. Det kan være vanskelig å finne en tydelig og avgrenset definisjon på disse. Begrepet kvalitet kan oppfattes som noe svevende. Helt enkelt kan det defineres som evnen til å innfri brukerens krav til en gjenstand eller tjeneste (Gundersen og Halbo, 2018). I stortingsmeldingen “God kvalitet - trygge tjenester” er kvalitet beskrevet slik:

Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter.
(St. Meld. 10 (2012-2013), s. 11).

Pasientsikkerhet er en viktig del av kvalitetsbegrepet. Nasjonalt kunnskapssenter har valgt å definere pasientsikkerhet som “*Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*” (Saunes og Krogstad, 2011, s. 3). Pasientene skal være sikre på at tjenestene er både trygge og virkningsfulle. Derfor er arbeidet med pasientsikkerhet helt essensielt for å skape en trygg helsetjeneste (Flovik og Rokseth, 2016).

Det vil alltid foreligge en risiko for feil når man yter helsehjelp. Det er et mål å begrense disse feilene til et minimum. Derfor er det nødvendig å ha systemer og rutiner som sørger for dette (Molven, 2015). Virksomheter som yter helsehjelp skal arbeide med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En del av arbeidet med pasientsikkerhet er helsepersonellens meldeplikt til Helsedirektoratet. Dette innebærer at hendelser og uhell som har skadet, eller kunne ha skadet pasienten, skal opplyses om og meldes (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det er også nedfelt i Helsepersonelloven (1999) at helsepersonell skal melde om forhold som kan true pasientsikkerheten.

I Molven (2015) kommer det frem at helsepersonell og virksomheter trolig underrapporterer hendelser, uhell og skader. Det betegnes som lovbrudd å unnlate å melde hendelser for de som har meldeplikt. Underrapporteringen kan være et tegn på at skadeforebyggende arbeid ikke har den prioriteten den burde ha hatt i virksomheten. Det kan være flere grunner til at virksomheter og helsepersonell underrapporterer. Det kan bunne i mangel på kunnskap om meldeplikten, og hva den innebærer. Noen kan se rapporteringen som ekstraarbeid. I tillegg kan helsepersonells frykt for negative konsekvenser føre til unnlattelse av å melde hendelser og underrapportering.

2.2 Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet “I trygge hender 24-7” er et nasjonalt program, med hensikt å forebygge og redusere pasientskader. Programmet gikk over fem år med målsetting om å bygge strukturer for pasientsikkerhet, samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Selv om programmet opphørte i 2019 vil det fortsatt leve videre i det kommende pasientsikkerhetsarbeidet.

Pasientsikkerhetsprogrammet tilbyr ulike tiltakspakker for å forbedre pasientsikkerheten. En av tiltakspakkene fokuserer på trygg utskrivning, og er særlig relevant for denne oppgaven. Tiltakspakken skal sikre tryggere utskrivelser fra sykehus og sykehjem, samt forbedre pasientenes erfaringer med utskrivelsesprosessen. Innunder tiltakspakken er det utviklet fire tiltak som skal sikre en trygg utskrivelse:

1. *Starte planlegging av utskrivelse allerede ved innkomst*
2. *Formidle viktig informasjon til samhandlingspartnere i tide*
3. *Gjennomføre strukturert utreisesamtale*
4. *Bruke sjekkliste før utskrivning*

(Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017)

Ved å tenke utskrivelse allerede ved innkomst, kan pasienten og hjelpeapparatet avklare både forventninger og målsetting hos begge parter. Pasienten bør inkluderes gjennom hele prosessen, og vedkommendes ønsker skal prioriteres. For eksempel vil enkelte pasienter trenge hjelp til å sette Fragmin i etterkant av utskrivelse, mens andre klarer dette selv med tilstrekkelig opplæring. Det er også viktig at hjelpeapparatet rundt pasienten informeres så tidlig som mulig. Dersom pasienten trenger hjemmesykepleie i etterkant av utskrivelse, må det avklares hva hjemmesykepleien skal bistå pasienten med (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

Utskrivelsen bør være godt planlagt, og i samarbeid med pasienten. Det skal ikke komme overraskende på pasienten at vedkommende skal skrives ut. Ved å gjennomføre en utreisesamtale kan pasienten gi tilbakemeldinger om egne opplevelser gjennom sykehusoppholdet og komme med forbedringsforslag. Pasientenes tilbakemeldinger er viktige i utbedringen av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Pasientsikkerhetsprogrammet nevner også en sjekkliste som kan benyttes for å sikre gode og helhetlige overganger for pasienten. Sjekklisten inneholder de viktigste elementene i utskrivelsesprosessen. Den sikrer blant annet at epikrise og legemiddellister samstemmer. Pasienten skal ha fått den nødvendige informasjonen som trengs og brukermedvirkningen skal ivaretas gjennom oppholdet. Videre skal sjekklisten sikre at pårørende og mottakerapparat er orientert om utskrivelsen. Ved utskrivelse er det svært viktig at hjemmesituasjonen er vurdert. Behovet for legemidler, hjelpemidler og utstyr skal være avklart og gjort tilgjengelig ved hjemkomst. Ved å hele tiden følge sjekklisten under innleggelsen, vil en kunne bidra til å øke pasienttilfredsheten. Samtidig sikres trygge og gode pasientoverganger (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

2.3 Kommunikasjon og informasjonsoverføring

Med informasjonsoverføring menes overføring av relevant og nødvendig informasjon på tvers av tjenestenivåer (Helsepersonelloven, 1999). Pasient- og brukerombudet (2017) skriver i sin årsrapport at kommunikasjon og informasjonsutveksling er helt nødvendig for pasientsikkerheten. Å kommunisere er en prosess, hvor hensikten er å

sende informasjon fra en person til en annen. I kommunikasjonsprosessen er det flere faktorer som vil ha innvirkning på hvordan budskapet formidles og hvordan det tas i mot av mottakeren. Håkonsen (2015) nevner blant annet “støy” som en påvirkende faktor. Støy vil enten kunne påvirke eller hemme kommunikasjonsprosessen. Med dette menes for eksempel om sender og mottaker er oppmerksom i kommunikasjonen, og om budskapet er klart eller uklart.

Kilde → Sender → Kanal → Mottaker → Mål

Kommunikasjonsprosessens komponenter (Håkonsen, 2015, s. 214)

ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som skal strukturere og bevisstgjøre kommunikasjonen mellom helsepersonell. ISBAR er et akronym, og står for: Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd. Verktøyet kan tilpasses og brukes ved alle nivåer i helsetjenesten (Helsebiblioteket, 2018). Moi *et. al* (2019) fant i sin studie at helsepersonell kommuniserer med ulikt språk og fagterminologi. Ved å bruke ISBAR i kommunikasjonen utjevnet forskjellene seg og språket ble mer likt. I tillegg følte informantene seg tryggere i arbeidet etter innføringen av ISBAR. De hadde bedre oversikt over pasientsituasjonene og de følte seg tryggere på egne vurderinger. Informantene rapporterte også at de hadde blitt mer strukturerte i rapporter og skriftlig dokumentasjon. Nedenfor presenteres hvert element i ISBAR og betydningen av dem:

Identifikasjon: Presenter deg selv, hvor du er, og hvem det gjelder.

Situasjon: Forklar årsaken til kontakt. Hva er eventuelt problemet/situasjonen?

Bakgrunn: Her presenteres pasientens bakgrunnshistorie, innleggelsesårsak ogeventuelt hvilken behandling pasienten mottar.

Analyse: Gjennom analyse gjøres en vurdering av situasjonen og bakgrunnen.

Råd: Be om råd, og eventuelle forslag til tiltak. Det er viktig å være konkret, samt tydeliggjøre forventninger (Moi *et. al.*, 2019).

For å sikre overføring av tilstrekkelig og nødvendig informasjon i pasientoverganger, er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell har en felles språkforståelse. Informasjonen som sendes og mottas skal være forståelig for annet helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Norsk Sykepleierforbund (2019) jobber mot å implementere felles språk og terminologi i sykepleiepraksis. I deres forslag til Regjeringens helse- og sykehusplan foreslår de innføring av Internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP). Direktoratet for e-helse (2018) sier i sin rapport at ICNP legger til rette for samhandling og kommunikasjon. Verktøyet er utviklet med utgangspunkt i sykepleiepraksis. ICNP gir en oversikt over aktuelle ord og begrep som kan benyttes for å gjøre dokumentasjonen tydeligere. Tydeligere dokumentasjon er en stor fordel ved bruk av ICNP, og er avgjørende for informasjonsutvekslingen, kvaliteten og pasientsikkerheten. Gjennom felles språk og terminologi vil også samhandlingen mellom helsepersonell og tjenestenivå forbedres (Direktoratet for e-helse, 2018).

2.4 Dokumentasjon og journalføring

I tråd med Helsepersonelloven (1999) er alle som yter helsehjelp pliktig til å dokumentere i pasientjournal. Det stilles krav til hva pasientjournalen skal inneholde av opplysninger. Helsepersonelloven § 40 sier:

*Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell
(Helsepersonelloven, 1999, § 40).*

Det finnes flere ulike måter å strukturere og tydeliggjøre informasjon og opplysninger. Eksempelvis brukes sykepleieprosessen og sykepleiesammenfatninger for å samle

viktige opplysninger om pasientens situasjon og behov. Sykepleieprosessen betraktes som et hjelpemiddel for kartlegging og dokumentasjon av sykepleie. Prosessen er en problemløsende metode og blir brukt i store deler av helsevesenet i Norge. Hver gang en pasient legges inn i sykehus skal det foretas en kartlegging av hjelpebehovet. Det samme gjelder dersom pasienten får tildelt helsetjenester fra kommunen. Ved eventuelle endringer i hjelpebehov eller pasientens problem, gjøres en ny kartlegging. Ut fra kartleggingen opprettes mål og tiltak, for å kunne evaluere sykepleien og effekten av den. Pasientens egne ressurser skal også vektlegges i prosessen. Den beskrevne prosessen resulterer i en sykepleieplan, også kalt tiltaksplan. Tiltaksplanen skal til enhver tid være oppdatert, og ta utgangspunkt i pasientens nå-situasjon (Direktoratet for e-helse, 2018).

Hellesø (2015) beskriver en sykepleiesammenfatning som et hjelpemiddel i utskrivningsprosessen. Innholdet i sammenfatningen knyttes til innleggelsesårsak, sykepleie pasienten har mottatt og eventuelle endringer i pasientsituasjonen. Den skal også inneholde informasjon om status og oppfølgingsbehov ved utreise. Pasientens grunnleggende behov er en ramme for hvilke opplysninger som bør inkluderes. De grunnleggende behovene kommer av Virginia Hendersons teori, hvor hun beskrev fjorten ulike behov som var av betydning for mennesket (Mathisen, 2015). Under hvert punkt i sammenfatningen, beskrives pasientens situasjon og behov. Sykepleiere har ulike perspektiver på hva som er viktig i sykepleiepraksis og dokumentasjon. Det er ingen fast struktur eller standard for hvordan sammenfatningene skal utformes, noe som gir rom for variasjon og egen tolkning. Sammenfatningen skal være et hjelpemiddel for samarbeidspartnere og for de som tar over ansvaret for pasienten etter utskrivelse. Sykepleiesammenfatningen skal sikre kontinuitet i sykepleien (Direktoratet for e-helse, 2018).

2.5 Elektronisk samhandling

En av Samhandlingsreformens målsettinger var at all kommunikasjon mellom tjenesteyterne skulle foregå elektronisk (St. Meld. 47 (2008-2009)). Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) brukes som kommunikasjonsverktøy mellom kommuner,

fastleger og helseforetak. Meldingene er integrert i elektronisk pasientjournal (EPJ), og alt som skrives i meldingssystemet lagres i EPJ. En forutsetning for god samhandling er et elektronisk meldingssystem med standardiserte løsninger, som fremmer trygg og effektiv informasjonsflyt (Norsk Helsenett, 2019).

Det finnes flere ulike PLO-meldinger. Fagmeldinger opprettes av helsepersonell og inneholder helseopplysninger. Fagmeldingene knyttes til en bestemt situasjon i pasientforløpet, for eksempel meldingstypen “Innleggelsesrapport”, “Helseopplysninger” og “Utskrivningsrapport”. Dialogmeldinger er en annen meldingstype som også inneholder helseopplysninger. Dialogmeldinger knyttes ikke til en bestemt situasjon i pasientforløpet. Disse benyttes særlig ved spørsmål eller utdyping av innhold i fagmeldinger, da meldingstypen ikke er like standardisert i oppsettet. “Forespørsel” og “Svar på forespørsel” er eksempler på dialogmeldinger (Norsk Helsenett, 2019)

En annen type PLO-melding er pasientlogistikkmeldinger. Disse brukes til overføring av administrativ informasjon angående en pasient. “Melding om innlagt pasient”, “Melding om utskrivningsklar pasient” og “Melding om utskrevet pasient” er eksempler på pasientlogistikkmeldinger. Disse sendes fra sykehus til saksbehandler i kommunen og inneholder ikke helseopplysninger. Dersom pasienten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, eller vil ha behov for det etter utskrivelse skal meldingen sendes snarest mulig etter innleggelse (Norsk Helsenett, 2019).

2.6 Samhandlingsreformen, og hva den har ført til

Det har tidligere vært lite fokus på helsefremming og forebygging i helsetjenesten. For å møte morgendagens utfordringer i helsevesenet har det blitt satt i gang flere ulike reformer. Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 er en av disse. Hensikten var å sikre en bærekraftig helsetjeneste for framtiden. Det er forventet et økt antall eldre med kroniske sykdommer i årene som kommer, som naturligvis vil trenge gode helse- og omsorgstjenester. Med Samhandlingsreformen skulle fokuset

settes på forebygging og bedre koordinering mellom tjenestenivåer. I tillegg skulle behandling tilbys i nærheten av pasientens hjem. Reformen tok på sikt å styrke samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og sikre gode pasientforløp. En sentral del av reformen var overføring av oppgaver til kommunen som sykehusene tidligere hadde hatt ansvar for. Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten og kortere innleggelse var noen av grunnene til dette. Spesialisthelsetjenesten skulle bli enda mer spesialisert og kommunen skulle satse mer på forebygging. For å styrke samhandlingen har staten tatt i bruk ulike økonomiske incentiver. Eksempelvis kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Det ble også opprettet lovpålagte samarbeidsavtaler og kommunale akutte døgnplasser (St. Meld. 47 (2008-2009)).

I følge rapporten "Samhandlingsreformens konsekvenser for de kommunale helse- og omsorgstjenestene" (2015) opplever sykepleierne i kommunen økt arbeidsmengde etter innføringen. Dette henger tett i sammen med redusert liggetid i sykehus. Et større antall pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten enn tidligere. Flere av disse har komplekse og sammensatte sykdommer som krever nøye medisinsk oppfølging. Økt kompleksitet stiller sterkere krav til koordineringen. Reformen ble iverksatt før kommunene hadde fått tid til å bygge seg opp. Dette har skapt utfordringer og vanskeligheter med å møte kravene til den nye helsetjenesten. Det er knapphet på ressurser ute i kommunene på grunn av den økte mengden pasienter som overflyttes til kommunal helsetjeneste. Det har resultert i at terskelen for å få innvilget kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt høyere. Konsekvensene av desentraliseringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten har hatt lite fokus. I følge denne rapporten har ikke Samhandlingsreformen nådd målene om forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Snarere tvert i mot. De svakeste i samfunnet kommer dårligst ut etter innføringen av Samhandlingsreformen (Haukelien, Vike og Vardheim, 2015).

2.7 Tilsynssak fra Helsetilsynet

I 2015 gjennomførte Helsetilsynet et tilsyn ved Hamar sykehus. Tilsynet hadde som hensikt å avdekke eventuelle avvik forbundet med samhandling om utskrivning av pasienter fra sykehuset til kommunene. Resultatet viste at kommunene ikke alltid fikk god nok informasjon om pasientene ved utskrivelse. Dette gjaldt hovedsakelig pasienter som trengte hjemmesykepleie i etterkant av sykehusoppholdet. Tilsynet omfattet journaler fra 34 pasienter, utskrevet til kommunen de siste tre månedene av 2014 (Helsetilsynet, 2015).

Tilsynet viste at sykehuset hadde prosedyrer for hvordan kommunikasjonen skulle foregå. Prosedyrene var kjent for noen, men ikke for alle. Det fantes ingen prosedyrer som tilsa hva meldingene til kommunen skulle inneholde. Dette resulterte i at informasjonsutvekslingen ble mangelfull. Sykepleierne måtte selv vurdere hva som var relevant for kommunen å vite om pasienten. Kommunen følte på sin side at de ikke fikk god nok informasjon. Sykepleierne måtte ofte etterspørre flere opplysninger. I tillegg til helsepersonells oppfatning, ble også pasientenes opplevelser inkludert i tilsynet. I følge spørreskjemaene varierte det i hvor stor grad pasientene følte seg informert under sykehusoppholdet og i etterkant av utskrivelse. Størsteparten følte seg godt informert gjennom prosessen, mens noen fikk for lite informasjon i etterkant av utskrivelsen. Fastlegene som deltok i tilsynet svarte at de ikke hadde fått noe mer informasjon om pasienten utover epikrisen. Fastlegene hadde heller ikke blitt kontaktet av sykehuset for supplerende opplysninger under innleggelsen. De påpekte også at epikrisen i noen tilfeller manglet viktig informasjon. Eksempelvis opplysninger om videre oppfølging og behandling, og eventuelle medisinendringer (Helsetilsynet, 2015).

2.8 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Oppgaven er vinklet til pasientoverganger fra sykehus til kommune, med fokus på

sykepleiers perspektiv. Pasientoverganger foregår hele tiden, både innad i sykehus og på tvers av tjenestenivåer. Det er en sårbar situasjon i alle pasientforløp og fører med seg mange risikofaktorer. Det er en direkte kobling mellom sikkerhet, samhandling og overflytting (Schibeveag, Laugaland og Aase, 2018). Vi ønsker å finne ut av hva som fungerer i samhandlingen, og eventuelt hva som er utfordrende og problematisk. Gjennom sykepleierstudiet har vi sett hvor viktig en velfungerende helsetjeneste er for pasientene. Vi har selv erfart at det er knyttet risiko til overgangene grunnet utfordringer i samhandlingen.

2.9 Problemstilling

“Pasientsikkerhet i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune - et sykepleieperspektiv”

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven er det benyttet litteraturstudie som forskningsmetode. Støren (2013) beskriver en litteraturstudie som en forskningsmetode hvor allerede eksisterende kunnskap studeres. Hensikten med en litteraturstudie er å finne oppdatert kunnskap og forskning innenfor et valgt område. Kunnskapen eksisterer i artikler, og hentes opp i databaser gjennom ulike søkestrategier. Studien avdekker ingen ny kunnskap, men ved hjelp av analyse og sammenligning vil kunnskap som allerede eksisterer kunne brukes på andre måter.

Gjennom litteraturstudien har både vitenskapelige artikler og faglitteratur blitt undersøkt. Det har blitt brukt ulike databaser for å finne artikler som er relevante for tema og problemstilling. Det skilles mellom primær- og sekundærkilder. I denne oppgaven brukes i hovedsak primærkilder. Dalland (2017) beskriver en primærkilde som en opprinnelig utgave av en tekst. Det vil si at det er forfatteren selv som står for kunnskapen som formidles.

3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier blir brukt for å avgrense søkene, og stille krav til litteraturen (Thidemann, 2015). Nedenfor ligger en matrise som viser hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som har blitt brukt i søket etter litteratur.

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
<ul style="list-style-type: none"> • Fagfellevurdert forskning • Følger IMRAD-struktur • Studier publisert på skandinavisk eller engelsk • Somatisk sykehus • Utskrivelse fra sykehus til kommune • Sykepleiers rolle og perspektiv • Vektlegger informasjonsutveksling og kommunikasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler eldre enn 5 år • Litteraturstudier • Barn og ungdom (<18 år) • Overføring innad i spesialisthelsetjenesten • Studier uten sykepleiefaglig relevans • Norske studier publisert før Samhandlingsreformen ble iverksatt

Inklusjonskriteriene tilsier at studiene skal være publisert på skandinavisk språk eller engelsk. Dette for å lettere kunne forstå innholdet i artiklene. Artiklene skal også være kvalitetssikret ved å ha en IMRAD-struktur og være fagfellevurdert. En IMRAD-struktur innebærer at artiklene inneholder en introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonsdel. Videre baserer kriteriene seg på at pasientene i studien er voksne eller eldre pasienter på somatiske avdelinger i sykehus. Dette fordi lovverket er annerledes for barn og unge (Helsepersonelloven, 1999). For å avgrense oppgavens omfang har ikke overganger innad i sykehus eller mellom sykehus blitt inkludert. Denne oppgaven tar kun for seg pasientoverganger fra sykehus til kommune. Videre har det blitt inkludert artikler som tar for seg informasjonsoverføring eller kommunikasjon mellom tjenestenivåene, fra et sykepleieperspektiv. Det har skjedd en rekke endringer i helsetjenesten og utskrivelsesprosessen etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft (St. Meld 47 (2008-2009)). Derfor har er norske studier som har blitt publisert før Samhandlingsreformen blitt ekskludert.

3.3 Søkestrategi

Det har blitt utført strukturerte søk i ulike databaser for å svare på problemstillingen. Søkene ble hovedsakelig foretatt i SveMed+ og PubMed. PubMed er den mest brukte databasen for helsepersonell (Thidemann, 2015). Det har også blitt utført søk i databasene Cinahl og Medline, men disse ga ingen relevante resultater.

Søkeordene som ga resultat i søkeprosessen var: “pasientoverføring”, “communication”, “collaboration” og “transitional care”. Det har også blitt brukt andre søkeord i søkeprosessen. Disse ordene ga ikke resultater som var relevante for studien. Eksempler på søkeord som ble benyttet er “patient handoff”, “patient handover”, “municipalities”, “information exchange” og “home care nursing”.

I SveMed+ ble det brukt ett søkeord, da det alene ga 17 treff. Alle overskriftene ble lest. Syv artikler virket aktuelle for oppgaven og sammendragene av disse ble lest. Kun fire av artiklene ble lest i sin helhet og deretter ble tre av disse inkludert i artikkelomfanget. I PubMed ble først “Transitional care” og “Communication” kombinert, noe som ga mange treff. Det ble derfor besluttet å legge til et tredje søkeord, “Collaboration”. Det resulterte i 36 treff. Her ble også alle overskrifter lest. Åtte artikler virket aktuelle og sammendragene av disse ble lest. Deretter ble fire av artiklene lest i sin helhet. Tre av artiklene ble inkludert i det endelige artikkelutvalget.

3.4 Matrise for funn

Nedenfor presenteres søkeprosessen som har endt i de utvalgte artiklene presentert i matriser:

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
SveMed+	1.Pasientoverføring	1	17	7	4	Artikkel nummer 1, 2 og 3.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
PubMed	1.Transitional care	1 AND 2	364			Artikkel nummer 4, 5 og 6.
	2.Communication					
	3.Collaboration	1 AND 2 AND 3	36	8	4	

For å besvare problemstillingen har hovedsakelig kvalitative studier blitt inkludert. Dalland (2017) beskriver et kvalitativt design som en metode som tar for seg menneskers opplevelser og meninger om et tema. Metoden går i dybden på et bestemt område, og er derfor godt egnet til å formidle forståelse og sammenheng. Det kan være hensiktsmessig å bruke studier med en kvalitativ metode for å undersøke sykepleieres erfaringer og tanker vedrørende pasientsikkerhet i utskrivelsesprosesser.

En av de inkluderte studiene har både en kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitative forskningsmetoder gir målbare data. Det benyttes som regel spørreskjemaer i datainnsamlingen. Metoden går i bredden og det hentes få opplysninger fra mange enheter eller deltakere. Denne forskningsmetoden gir mer nøytralitet og avstand enn en kvalitativ metode da datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet (Dalland, 2017). Studier med en kvantitativ metode kan være hensiktsmessig å benytte for å finne ut hvor ofte det oppstår avvik og pasientskader i utskrivelser.

3.5 Analyse av resultat

Thidemann (2015) beskriver analyse som å granske og tolke for å forstå en tekst. Det innebærer å lese teksten flere ganger, både stykkevis og i sin helhet. Ved å lese teksten flere ganger får man bredere forståelse av innholdet og detaljene i teksten.

4.0 Resultater

4.1 Resultatpresentasjon av inkluderte artikler

Artikkel nr. 1	Brattheim, B.J., Hellesø, R. og Melby, L. (2016), Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune, <i>Sykepleien Forskning</i> , 11 (1), s. 26-33.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av PLO-meldinger på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
Metode	Forskningsmetode: Kvalitativ metode. Forskningsdesign: Semistrukturerte individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Deltakere: 41 helsearbeidere ved et sykehus og tre kommuner.
Resultat	Sykepleierne var fornøyde med å bruke PLO-meldinger som kommunikasjonsverktøy. Verktøyet var godt implementert i arbeidshverdagen, og samarbeidet på tvers av sektorene bedret seg etter innføringen. Det var mye uforutsigbarhet knyttet til en innleggelse. Sykepleierne syntes det var utfordrende å angi forventet utreisedato. Legemiddellisten var ikke alltid samstemt. Forskjell i sykepleiefaglig tilnærming og fokusområde påvirket hva sykepleierne vektla i informasjonsoverføringen. Sykepleiere i sykehus knyttet informasjonen til det medisinske, diagnose og behandling. Sykepleierne i kommunen ønsket på sin side informasjon om funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivelse. Dette førte til at sykepleierne av og til måtte supplere PLO-meldingene med telefonkontakt og vurderingsbesøk. Det var ulike oppfatninger om sykepleierne skulle bekrefte mottak av PLO-meldinger. Det var imidlertid en enighet i både sykehus og kommune at de ønsket å vite om meldingen var mottatt eller ikke.

Artikkel nr. 2	Tønnessen, S., Kassah, B.L.L., og Tingvoll, W.A (2016) Samhandling med spesialisthelsetjenesten - sett fra hjemmesykepleiens perspektiv, <i>Sykepleien Forskning</i> , 11(1), s. 16-23.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplevde samhandlingen om utskrivningsklare pasienter fra sykehus.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ studie</p> <p>Forskningsdesign: Studien benyttet snøballmetoden for å få tilgang til aktuelle og relevante informanter. Det ble også benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer.</p> <p>Deltakere: Sju sykepleiere fordelt på en landkommune og en bykommune ble inkludert.</p>
Resultat	Samhandlingen vedrørende kreftpasienter fungerte godt. Sykepleierne i hjemmesykepleien beskrev sykehuset som serviceinnstilte og tilgjengelige i samhandlingen. Samhandlingen om øvrige pasientgrupper ble beskrevet som utfordrende. Sykepleierne i sykehus og kommune hadde ulike perspektiv på hva som var viktig i samhandlingen. Dette gjaldt også med tanke på pasientens behov. Sykepleierne i hjemmesykepleien følte de hadde begrenset makt og innflytelse ved utskrivelse fra sykehuset. Når pasientene ble definert som utskrivningsklare fra sykehuset, følte sykepleierne i kommunen at de "måtte" ta imot pasienten. Dette var utfordrende da tjenestetilbudet ikke alltid var ferdig planlagt og utformet før pasienten kom hjem. Brudd på samhandlingsavtaler var også en utfordring i samhandlingen. Et av de største problemene som ble avdekket i studien var begrenset samhandling og informasjonsflyt. Pasienter kom hjem uten epikriser, medisiner og annen dokumentasjon som var viktig for sykepleierne som skal ta over ansvaret. Dette skapte usikkerhet for sykepleierne, samt ekstraarbeid og stressituasjoner. Sykepleierne hadde ikke en felles forståelse for hva som var viktig i samhandlingsprosessen.

Artikkel nr. 3	Flateland, S., Nesheim, T.M., Riiser, A.B. og Söderhamn, U. (2015), Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist til kommunehelsetjeneste, <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 1(2), s. 145-153.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiestudenter erfarte pasientoverganger fra sykehus til kommune.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: Individuelle intervjuer.</p> <p>Deltakere: Ti studenter fra en bachelorutdanning i sykepleie i Sør-Norge.</p>
Resultat	Alle studentene var enig om at en skriftlig sykepleiesammenfatning var viktig. Den var av stor betydning for videre oppfølging og utforming av tjenestetilbud i kommunen. Kartlegging av bosituasjon og behov for hjelpemidler var ofte mangelfullt dokumentert fra sykehuset. Kommunen savnet informasjon tilknyttet boforhold og hjelpemidler. Samarbeidet mellom sykehus, palliativt team og sykepleier i kommunen fungerte stort sett godt. Enkelte studenter erfarte imidlertid at sykepleierne i kommunen ikke alltid prioriterte å komme på møtene med palliativt team. Det var uforutsigbart når pasienten kunne forventes å komme til kommunen. Det eksakte tidspunktet for når overflyttingen skulle skje var vanskelig, om ikke umulig, å forutsi for sykepleierne på sykehuset. Bemanningen i kommunen var lavere om kvelden og de opplevde økt arbeidspress når pasienten kom sent hjem. Pasientene var ofte svært utmattet når de kom hjem sent på kvelden. Det varierte hvordan pasientene ble møtt i kommunen. Noen sykepleiestudenter erfarte at sykepleieren ikke hadde lest sammenfatningen, og at pasienten og pårørende fikk lite informasjon ved ankomst til den kommunale institusjonen. Andre erfarte at sykepleieren hadde satt seg godt inn i pasientsituasjonen, og ga god informasjon til pasienten og pårørende.

Artikkel nr. 4	Poldervaart, J.M., van Melle, M.A., Reijnders, L.J., de Wit, N.J. og Zwart, D.L. (2019) Transitional safety incidents as reported by patients and healthcare professionals in the Netherlands: A descriptive study. <i>European Journal of General Practice</i> , side 1-8.
Hensikt	Hensikten med studien var å få en oversikt over rapporterte uønskede hendelser i pasientoverganger. Forskerne ønsket å finne svar på hvilke type pasientskader som oppsto i overgangene, årsaker og alvorlighetsgraden.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ og kvantitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: Datasamlingen tok utgangspunkt i spørreundersøkelser, intervjuer, avviksrapporteringssystemer og fokusgruppediskusjoner.</p> <p>Deltakere: Tre sykehus, 233 helsepersonell og 470 pasienter.</p>
Resultat	Totalt ble 548 hendelsesrapporter innhentet. Av 470 pasienter, rapporterte 411 om uønskede hendelser i forbindelse med overføringer. Blant 233 helsepersonell, ble det rapportert 137 uønskede hendelser. Helsepersonell trakk frem kommunikasjon og samarbeid på tvers av tjenestenivåer som et område med risiko for skade og feil. Pasientene nevnte i likhet med helsepersonell, kommunikasjon og samarbeid som et område med risiko. Videre rapporterer pasientene oftest gjentatte diagnostiske tester og manglende informasjonsoverføring mellom sykehus og fastlege. I en av tre tilfeller forårsaket de uønskede hendelsene skade hos pasienten. Resultatene trakk også frem organisatoriske forhold som et område med risiko for pasientskader og feil.

Artikkel nr. 5	Petersen, H.V., Foged, S., Madsen, A.L., Andersen, O. og Nørholm, V. (2018) Nurses' perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study, <i>Journal of Nursing Management</i> , 26 (5), s. 509-517.
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut hvordan elektronisk meldingsutveksling påvirket kommunikasjon og samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer og observasjon.</p> <p>Deltakere: 27 sykepleiere fra ett sykehus, og 52 sykepleiere fra seks samarbeidende kommuner i Danmark.</p>
Resultat	<p>Innleggelsesrapporten fra kommunehelsetjenesten ble ikke alltid lest av sykepleierne på sykehuset. Mangel på relevant informasjon om innleggelsesårsak var en av grunnene. I noen tilfeller opplevde de også at innleggelsesrapporten ikke eksisterte. Den elektroniske meldingsutvekslingen ble hovedsakelig brukt til å sende informasjon fra sykehuset til kommunehelsetjenesten. Systemet tilrettela ikke for en dialog. Sykepleierne i kommunen måtte ofte ringe sykehuset for utfyllende informasjon. Hva som ble ansett som viktig i informasjonsoverføringen varierte. Sykepleierne i sykehus anså samhandlingen som viktig, men de hadde liten innsikt i hva slags informasjon kommunen hadde behov for. Sykepleierne i kommunen var helt avhengig av informasjonen de fikk fra sykehuset. Dette for å kunne ta imot pasienten og tilby riktige tjenester. Fordeler med det elektroniske meldingssystemet var at det var effektivt, fleksibelt og tidsbesparende. Ulemper var knyttet til manglende plass til å skrive informasjon utover det standardiserte oppsettet. Det var ikke mulig å legge ved sykepleieplaner eller andre vedlegg som hadde betydning for pleien. Tidligere sendte opplysninger fra sykehuset ble endret i stedet for å sende nye meldinger. Endringer i tidligere meldinger ble ikke markert i journalsystemet.</p>

Artikkel nr. 6	Petersen, H.V., Foged, S. og Nørholm, V. (2019) "It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28 (9-10), side 1-10.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer og opplevelser tilknyttet pasientoverføringer mellom tjenestenivåer.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode.</p> <p>Forskningsdesign: 24 fokusgruppeintervju og 165 timer observasjon</p> <p>Deltakere: Sykepleiere fra åtte sykehusavdelinger og seks samarbeidende kommuner i Danmark.</p>
Resultat	<p>Sykepleierne så på spesialist- og primærhelsetjeneste som "to ulike verdener". Forskerne avdekket forskjeller i de organisatoriske rammene og kulturen. Sykepleierne hadde forskjellig fokus og sykepleiefaglig tilnærming til pasientene, og utøvet sykepleie på forskjellige måter. Sykepleierne i sykehus møtte pasienten i en akutfase og fokuserte mest på det medisinske ved pasienten. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten fokuserte på forebygging, helsefremming og mestring. Hva som ble vektlagt i informasjonsutvekslingen varierte. I sykepleierapporten som ble sendt til kommunen ved utskrivelse var fokuset ofte rettet mot de medisinske aspektene. Kommunen savnet informasjon om hjelpebehovet hos pasienten etter utskrivelse. I tillegg mente de at pasientens tilstand ofte ble undervurdert av sykepleierne i sykehus. Sykepleierne i kommunen var helt avhengig av den informasjonen de fikk fra sykehuset. Dette for å kunne tilrettelegge og opprette et godt tjenestetilbud tilpasset pasientens behov. Boforhold og hjelpemidler var ofte ikke kartlagt fra sykehuset. Mangelfull kartlegging skapte utfordringer for sykepleierne i kommunen. Sykepleierne i sykehus og kommune manglet kunnskap og respekt for hverandres arbeid og arbeidsvilkår, noe som påvirket samarbeidet ved utskrivelser.</p>

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1 Samhandling og informasjonsutveksling

Poldervaart *et al.* (2019) påpekte manglende informasjonsutveksling og sviktende samhandling som et område med stor risiko for feil. Både pasienter og helsepersonell uttrykte usikkerhet i forbindelse med dette. Videre viste studien at en tredjedel av de rapporterte uønskede hendelsene førte til pasientskade. I likhet med Poldervaart *et al.* (2019), fant Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) i sin studie at det foregikk en begrenset samhandling og informasjonsflyt. Informantene savnet samarbeidsmøter på tvers av tjenestenivåene. Mangelen på møter førte til at viktige opplysninger om pasientene ble borte i overgangene. Eksempelvis ble pasienter skrevet ut med uferdige medisinalister og epikriser. Mangelfull informasjon førte til utfordringer for hjemmesykepleien. I en stressende hverdag følte sykepleierne seg usikre på om informasjonen som ble gitt var korrekt. Dette førte til at de dobbeltsjekket informasjonen, og ringte sykehuset for supplerende opplysninger. Petersen *et al.* (2018) og Brattheim, Hellesø og Melby (2016) fant også i sine studier at sykepleierne i hjemmesykepleien ofte ringte sykehuset for å sikre at informasjonen som var mottatt var korrekt.

Studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019) viste at sykepleierne i sykehus og kommune hadde en felles målsetting for pasientovergangene. De ønsket overganger preget av trygghet og flyt for pasientene. Til tider ble målsettingen satt på prøve, grunnet ulik oppfatning av hva som skulle vektlegges i samhandlingen. Sykepleierne i sykehus beskrev samhandlingen som viktig. Med dette tatt i betraktning avdekket studien imidlertid at sykepleierne fokuserte mer på ivaretagelse av pasienten og dens behov, enn samarbeid og informasjonsutveksling. Sykepleierne i kommunen var ytterst avhengig av informasjonen fra sykehuset, og ble i mange tilfeller skadelidende av mangelen på samarbeid. Sykepleierne i kommunen uttrykte et stort behov for mer direkte samarbeid med sykehuset, eksempelvis i form av møter.

Det kom fram i Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) at sykepleierne i sykehus ofte lovet pasientene mer enn kommunen kunne tilby. Dette skapte forventninger hos pasientene. Hjemmesykepleien havnet da i en situasjon som for noen følte ubehagelig. De måtte forklare pasientene at tilbudet ikke ble som forventet. Dette løste seg oftest på en god måte. Manglende samarbeid og kommunikasjon på tvers av sykehus og kommune skapte en usikkerhet både hos helsepersonell og pasienter. Sykepleierne i kommunen følte de sjeldent ble hørt. Sykehuset satt med den største makten i pasientovergangene. Samhandlingsavtaler ble ofte brutt, og pasienter kom hjem uten at tjenestetilbudet var ferdig utformet. Studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019) viste at sykepleierne hadde mangelfull kunnskap om hva som var mulig å tilby i kommunen. I tillegg hadde de lite kunnskap om hver enkelt kommune, og refererte til alle kommunene som "kommunen". Mangel på kunnskap om hvordan hver enkelt kommune var organisert ble sett på som en utfordring for samarbeidet.

En mistillit mellom sykepleierne i sykehus og i kommunen ble beskrevet i studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019). Mistilliten bidro til bekymring for sykepleierne når pasienten var under den andres ansvar. Studien avdekket tvil blant sykepleiernes avgjørelser i begge sektorer. Sykepleiere i sykehus hadde flere ganger erfart at funksjonsnivået til en pasient kunne fallere mye i løpet av en innleggelse. I følge sykepleiere i kommunen ble pasientens funksjonsnivå ofte undervurdert i sykehus. Sykepleierne i sykehus var generelt yngre og hadde ingen erfaring fra kommunehelsetjenesten. Sykepleierne i kommunen hadde tidligere arbeidet på sykehus. Flere av sykepleierne oppga arbeidsforholdene og arbeidsmengden som en grunn til at de sluttet på sykehuset.

4.2.2 Elektronisk meldingsutveksling

Brattheim, Hellesø og Melby (2016) fant i sin studie at sykepleierne var fornøyde med å bruke PLO-meldinger som kommunikasjonsverktøy. Elektronisk meldingsutveksling var godt implementert i arbeidshverdagen. I tillegg fortalte de at samarbeidet mellom sykehuset og kommunene hadde bedret seg etter innføringen. Sykepleierne i

Petersen *et al.* (2018) beskrev elektronisk meldingsutveksling som effektivt, fleksibelt og tidsbesparende.

I Petersen *et al.* (2018) framkom det at systemet hovedsakelig var utformet og brukt til planlegging av utskrivelse. I utskrivelsesprosessen brukte de systemet til å utveksle informasjon med samarbeidende parter om pasientens funksjonsnivå. Det var begrenset plass til å informere om andre ting, som for eksempel sårprosedyrer og medikamentadministrasjon. Det var heller ikke mulig å legge ved pleieplaner fra sykehusets elektroniske journalsystem. Sykepleierne i kommunen hadde begrenset tillit til informasjonen fra sykepleierne i sykehus. De hadde flere ganger erfart at informasjonen kunne være upresis, feil eller misvisende. Det kom også fram at sykepleierne i sykehus ofte redigerte og endret tidligere sendte meldinger og opplysninger, i stedet for å sende en oppdatert versjon. Dette var problematisk for sykepleierne i kommunen, da endringer i tidligere meldinger fra sykehuset ikke ble markert og varslet. Dette resulterte i at sykepleierne i kommunen brukte mye tid på å lete etter nye opplysninger. Sykepleierne i sykehus hadde sjeldent behov for å ringe til kommunen etter implementeringen av det elektroniske meldingssystemet. Tidligere hadde de brukt mye tid på dette. Sykepleierne i kommunen hadde derimot et større behov for telefonkontakt nå enn tidligere.

I studien til Brattheim, Hellesø og Melby (2016) kom det frem ulike oppfatninger om PLO-meldinger skulle bekreftes mottatt eller ikke. Problemstillingen ble også tatt opp i studien til Petersen *et al.* (2018). Studien viste at sykepleierne ønsket en bekreftelse på om den elektroniske meldingen var mottatt, lest og behandlet av den samarbeidende parten. Det elektroniske meldingssystemet ble hovedsakelig sett på som et "enveis-kommunikasjonssystem" hvor sykepleierne i sykehus informerte sykepleierne i kommunen. Systemet fremmet ikke en dialog mellom sykehuset og kommunen. Et hovedproblem var særlig at systemet ikke kunne brukes til et "her-og-nå"-svar. Det kom fram i studien at det fantes en dialogfunksjon i meldingssystemet. Dialogfunksjonen var imidlertid sjeldent brukt i sektorene. Hovedgrunnen til dette var at sykepleierne ikke hadde kjennskap til den.

4.2.3 Dokumentasjonens betydning for pasientsikkerheten

Studien til Flatland *et al.* (2015) viste at den skriftlige sykepleiesammenfatningen var viktig i utskrivelsesprosessen. Den sikret kontinuitet i behandlingen som var igangsatt og var av stor betydning for den videre oppfølgingen. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016), Brattheim, Hellesø og Melby (2016) og Petersen, Foged og Nørholm (2019) beskrev i sine studier et ulikt fokus og sykepleiefaglig tilnærming blant sykepleierne. I sykehus var pasientene i en akutfase og hovedfokuset var rettet mot det medisinske. I kommunehelsetjenesten fokuserte sykepleierne på forebygging, og pasientenes funksjonsnivå. De ulike perspektivene påvirket hva sykepleierne dokumenterte i pasientens journal. Det påvirket også hva slags informasjon som ble videreformidlet til samarbeidende parter, og hva sykepleierne forventet å motta av informasjon (Brattheim, Hellesø og Melby, 2016). Flatland *et al.* (2015) og Petersen, Foged og Nørholm (2019) avdekket i sine studier at boforhold og behov for hjelpemidler var mangelfullt kartlagt og dokumentert fra sykehuset sin side. Dette var noe sykepleierne i kommunen savnet. Manglende informasjon i utskrivelsesprosessen skapte utfordringer for kommunen vedrørende planleggingen av tjenestetilbudet.

5.0 Drøfting

5.1 Samhandling og informasjonsutveksling

Helhetlige pasientforløp var en viktig målsetting i Samhandlingsreformen (St. Meld. 47 (2008-2009)). I studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019) kom det frem at sykepleierne hadde en felles målsetting om trygge overganger og et helhetlig helsetilbud. For å få til dette må det settes større fokus på kommunikasjon og samhandling mellom tjenestenivå. Forståelse for hverandres arbeidshverdag og arbeidsmengde må også tas hensyn til. En annen utfordring som ble belyst i studien, var spørsmål om hvem som hadde det overordnede ansvaret for pasienten i overgangen.

Det foreligger en risiko for at det kan oppstå feil når pasienter overføres fra ett tjenestenivå til et annet. Poldervaart *et al.* (2019) og Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) avdekket i sine studier at samhandlingen og informasjonsoverføringen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten var utilstrekkelig. Gjennom avvikrapporing, både fra helsepersonell og pasienter, kom det fram at mange uønskede hendelser var tilknyttet utskrivelse fra sykehus. Så mye som en tredjedel av de rapporterte hendelsene førte til pasientskade (Poldervaart *et al.*, 2019). Avvikrapporing er viktig i pasientsikkerhetsarbeidet. Det er viktig for å kunne kartlegge risikoområder og forbedre kvaliteten på tjenesten. Helsepersonell er underlagt meldeplikt gjennom norsk lov. Forhold som kan skade eller som har skadet pasienten skal opplyses til Helsedirektoratet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Molven (2015) skriver at helsepersonell underrapporterer hendelser. Dette er en trussel for pasientsikkerheten. Underrapporteringen kan betegnes som et steg tilbake i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det kan tenkes at andelen pasientskader er høyere enn hva statistikk viser.

Det er særlig uferdige medisinlister som utfordrer pasientsikkerheten når hjemmesykepleien skal ta over ansvaret for pasienten. Brattheim, Hellesø og Melby

(2016), Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) og Petersen *et al.* (2018) beskrev i sine studier en usikkerhet på om informasjonen sykepleierne i kommunen hadde mottatt var korrekt eller ei. Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) foreslår i sin tiltakspakke for trygge utskrivelser at man skal bruke en sjekklister i utskrivelsesprosessen. Samstemte legemiddellister og utreisedokumenter, som epikrise og videre plan for oppfølging, er en viktig del av sjekklisten. Resultatene i studiene tyder på at dersom man følger punktene systematisk kan en stor andel uønskede hendelser reduseres. Samstemte legemiddellister og ferdigstilte utreisedokumenter kan potensielt redusere antall telefonsamtaler og henvendelser til sykehuset.

Ulik oppfatning om hva som er viktig i dokumentasjonsarbeidet og informasjonsutvekslingen påvirker sykepleiernes kommunikasjon med hverandre. Det ble i studiene til både Brattheim, Hellesø og Melby (2016) og Petersen, Foged og Nørholm (2019) beskrevet en ulik sykepleiefaglig tilnærming i sykehus og hjemmesykepleien. Dette har stor betydning for hva sykepleierne sender av informasjon, og hva de ønsker å motta av informasjon. Petersen, Foged og Nørholm (2019) beskrev en form for mistillit mellom sykepleiere i sykehus og kommune. Sykepleierne i kommunen hadde tidligere erfaring fra sykehus, og hadde kjennskap til arbeidshverdagen og presset om effektivitet. Siden sykepleierne i kommunen hadde mer erfaring, var de kritiske til avgjørelser og informasjonen som de mottok fra sykehuset. De erfarte ofte at informasjonen de mottok fra sykehuset kunne være misvisende. Sykepleierne på sykehuset hadde ingen tidligere erfaring fra kommunehelsetjenesten. Pasientens funksjonsnivå ble ofte undervurdert av sykehuset ifølge sykepleierne i kommunen.

Tilsynet ved Hamar sykehus viste at det fantes prosedyrer for informasjonsoverføring, men at de var ikke godt nok implementert. Dette førte til mangelfull informasjon, og kommunen måtte ofte etterspørre tilleggsopplysninger (Helsetilsynet, 2015). Det kan se ut til at sykepleierne snakker forbi hverandre. Sykepleierne i sykehus vektlegger ofte det medisinske ved pasienten, som at pasienten har mottatt antibiotika intravenøst under innleggelsen. På sin side ønsker

sykepleierne i kommunen mer informasjon angående funksjonsnivå og behov for hjelpemidler (Brattheim, Hellesø og Melby, 2016). Samhandlingen settes på prøve når sykepleierne ikke forstår hva samarbeidspartnerne trenger av informasjon for å gjøre jobben sin (Petersen, Foged og Nørholm, 2019).

5.2 Elektronisk meldingsutveksling

I tråd med samhandlingsreformen skal det etterstrebtes å gjennomføre all kommunikasjon elektronisk. Dette gjelder all overføring av informasjon og kontakt mellom tjenestenivåene. Elektroniske kommunikasjon skal være tidsbesparende, forbedre samhandlingen, samt legge til rette for god informasjonsflyt (St. Meld. 47 (2008-2009)). Funnene i artiklene avslører både fordeler og ulemper med denne formen for kommunikasjon.

Brattheim, Hellesø og Melby (2016) påpekte at sykepleierne var fornøyde med det elektroniske kommunikasjonssystemet. "Tidsbesparende" var et ord som gikk igjen blant informantene. I tillegg førte den elektroniske meldingsutvekslingen til et tettere samarbeid mellom tjenestenivåene. Informantene i studien til Petersen *et al.* (2018) trakk også ordet "tidsbesparende" frem som et begrep. I tillegg mente informantene at systemet bidro til mer effektivitet og fleksibilitet i arbeidet. Sykepleierne på sykehuset kunne skrive og redigere meldinger og planer når det passet dem i løpet av vekten. Systemet gjorde det også mulig for andre sykepleiere å fylle inn nødvendig informasjon, når som helst på døgnet. Et krav om sykepleieplaner gjorde sykepleierne nødt til å begynne planlegging av utskrivelse allerede ved innleggelse. Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) trekker frem tidlig planlegging av utskrivelse som et viktig tiltak i sin tiltakspakke "Trygg utskrivning". Ved å starte planleggingen på et tidlig tidspunkt, vil mål og forventninger og pasientens ønsker kunne kartlegges. Sykepleierne på sykehuset formidler informasjonen videre til kommunen, slik at de kan starte planleggingen av pasientens hjemkomst. Informasjonen skal formidles til kommunen via fagmeldinger og dialogmeldinger (Norsk Helsenet, 2019).

Selv om fordelene er mange, har også studien avdekket flere risikoområder og problemer med elektroniske meldingsutveksling. Standardiserte løsninger som fremmer trygg og effektiv informasjonsoverføring, er en forutsetning for god samhandling (Norsk Helsenett, 2019). Elektroniske meldinger ble sett på som et “enveis-kommunikasjonssystem” i Petersen *et al.* (2018). Informasjonsoverføringen gikk hovedsakelig fra sykehuset til kommunen. Informantene i studien mente systemet ikke støttet en dialog. Det viste seg imidlertid videre i studien at systemet hadde en dialogfunksjon, men at sykepleierne ikke hadde kjennskap til denne. Det kan tyde på at prosedyrer for bruk av systemet ikke var godt nok implementert. Bedre opplæring av sykepleierne, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten, kan derfor tenkes å bedre samhandlingen mellom partene. Dialog og samhandling går hånd i hånd. Mangelfull dialog svekker samhandlingen.

Brattheim, Hellesø og Melby (2016) beskrev i sin studie en usikkerhet om informasjonen sykepleierne i kommunen hadde mottatt var korrekt eller ei. Dette førte videre til at sykepleierne ofte måtte ringe til sykehuset for å dobbeltsjekke alt fra medisinalister, til videre plan for behandling og oppfølging. De samme utfordringene ble beskrevet i studien til Petersen *et al.* (2018). Telefonkontakten førte til økt arbeidsbelastning og usikkerhet for hjemmesykepleien. Det var utfordrende å finne frem til personer som satt med riktige opplysninger, og som kunne svare på spørsmål vedrørende pasienten. På den andre siden kjente ikke sykepleierne i sykehuset det som nødvendig å ringe kommunen. De formidlet all informasjon elektronisk, og hadde sjelden behov for ytterligere kontakt gjennom telefonsamtaler (Petersen *et al.*, 2018). Helsetilsynets funn ved Hamar sykehus kan sammenliknes med funnene ovenfor. Kommunene følte seg for dårlig informert, og måtte etterspørre opplysninger. Mangelen på informasjon, var resultat av manglende prosedyrer om innhold i de elektroniske meldingene. Sykepleierne måtte selv avgjøre hvilke opplysninger som var relevante for kommunen, noe som viste seg å være utfordrende (Helsetilsynet, 2015). Dette støttes opp av flere artikler inkludert i denne studien. Funnene utfordrer Samhandlingsreformens målsetting om at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne kommunikasjonsmetoden (St. Meld. 47 (2008-2009)).

Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskrev en begrenset samhandling mellom aktørene. Et av problemene var at viktig informasjon forsvant, eller ikke kom fram i samhandlingen. En av grunnene til dette kan være det Håkonsen (2015) betegner som “støy” i kommunikasjonen. Dersom budskapet er uklart, vil dette påvirke hvordan mottakeren tolker og mottar beskjeden. Det er derfor viktig at kommunikasjonen er presis og nøyaktig, og at budskapet er klart og tydelig. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskrev dette som en utfordring som hadde dukket opp etter Samhandlingsreformen trådte i kraft. Siden Samhandlingsreformen har fokus på elektronisk kommunikasjon har samarbeidsmøter mellom tjenestenivåene avtatt. Sykepleierne i studien savnet samarbeidsmøtene. Studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019) beskrev også et ønske om mer direkte samarbeid mellom tjenestenivåene. Sykepleierne hevdet at man snakket annerledes med hverandre når man møttes i person. Gjennom møtene vil man kunne diskutere pasientens behov etter utskrivelse, samt få en oppfatning av hverandres arbeidshverdag. Ved å kun bruke elektronisk kommunikasjon mister man dette. Moi *et al.* (2019) beskriver ISBAR som et verktøy for strukturert kommunikasjon. For å strukturere eventuelle møter vil bruk av ISBAR kunne være nyttig. Ved å bruke punktene i ISBAR strukturert vil man på en oversiktlig måte kunne legge frem pasientens problem og videre behov for hjelp. Når sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjenesten bruker samme kommunikasjonsstruktur utjevner forskjellene i språk og fokus seg.

5.3 Dokumentasjonens betydning for pasientsikkerheten

Pasientsikkerhet er en viktig del av kvalitetsbegrepet og handler om å verne pasienten mot unødig skade (Saunes og Krogstad, 2011). Pasientoverganger er et område hvor faren for uønskede hendelser er stor (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2018). Alle som yter helsehjelp er pliktig til å dokumentere i pasientens journal. Pasientjournalen danner utgangspunkt i saker hvor pasienten har blitt påført skade, eller hendelser som kunne ført til skade (Helsepersonelloven, 1999). Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) utformet fire hovedtiltak som skal sikre trygge utskrivelser fra sykehus. Tiltak nummer to er spesielt viktig i forhold til denne bacheloroppgavens fokusområde. Det handler om å videreformidle viktig informasjon til samarbeidende parter i tide. Sykepleiers kunnskap knyttet til dokumentasjon og

journalføring vil ha stor betydning for dette punktet, da informasjonen som bringes videre må være nødvendig og relevant (Helsepersonelloven, 1999).

En skriftlig sykepleiesammenfatning inneholder informasjon om behandlingen pasienten har fått på sykehuset, funksjonsnivået, samt plan for videre behandling og oppfølging. Dette er et skriv som skal følge pasienten fra sykehuset til kommunehelsetjenesten. Sykepleiesammenfatningen ble sett på som viktig av sykepleierstudentene i studien til Flateland *et al.* (2015). Den sikret kontinuitet i behandlingen som ble igangsatt på sykehuset. Det kan derfor tenkes at en utfyllende og konkret sykepleiesammenfatning kan være et godt verktøy for å skape en helhetlig overgang til neste omsorgsyter. Direktoratet for e-helse (2018) beskriver sammenfatningen som et hjelpemiddel i pasientoverganger, men også her spiller sykepleiernes ulike perspektiver en rolle. Siden sammenfatningen ikke har noen fast struktur eller standard åpnes det opp for egen tolkning. Petersen *et. al* (2018) fant i sin studie at sykepleierne på sykehus ikke er bevisst på hvilke opplysninger som er nødvendig for hjemmesykepleien. Sykepleiesammenfatningene var i flere tilfeller mangelfulle. Hjemmesykepleien måtte ofte etterspørre mer informasjon for å kunne gjøre jobben sin. På en annen side fant Flateland *et. al* (2015) at sammenfatningene fra sykehuset ikke alltid ble lest av sykepleierne i kommunen. Dette vil kunne få konsekvenser for pasienten, da informasjonen i sammenfatningen er viktig for videre oppfølging og ivaretagelse av pasientens behov.

Boforhold og behov for hjelpemidler er for dårlig kartlagt og dokumentert når pasienten skrives ut fra sykehuset (Petersen, Foged og Nørholm, 2019). Dette er informasjon som er svært viktig og relevant for sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne i kommunen er avhengig av å planlegge og tilrettelegge tjenestetilbudet før pasienten skrives ut. Hver gang en pasient legges inn i sykehus, skal det foretas en kartlegging av pasienten. Under kartleggingen inkluderes pasienten i stor grad. Pårørende kan også inkluderes i prosessen. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan sykepleierne få kartlagt pasientens boforhold og behov for hjelpemidler. Dette føres inn i pasientens mål- og tiltaksplan. Kartleggingen skal foretas på nytt dersom hjelpebehovet endres, og utføres jevnlig gjennom hele

innleggelsen (Direktoratet for e-helse, 2018). Vi har selv erfart gjennom vår sykepleiepraksis at kartleggingen kan være mangelfull. Et eksempel fra praksis i hjemmesykepleien underbygger viktigheten av en god kartlegging. En pasient ble sendt hjem uten at hjemmet var tilstrekkelig tilrettelagt. Pasientens hjelpebehov hadde økt under innleggelsen, og vedkommende var blant annet avhengig av sykehusseng og rullestol. Behovet ble ikke videreformidlet fra sykehuset i forkant av utskrivelsen. Dette resulterte i en reinnleggelse, da det ikke var forsvarlig at vedkommende skulle være hjemme. Det vil alltid foreligge en risiko for at feil, uhell og ulykker kan oppstå i helsevesenet. Det er svært viktig at slike hendelser rapporteres, slik at man kan ta lærdom av det og forebygge liknende situasjoner. Derfor finnes det systemer for avviksrapportering og meldeordninger. Ordningene er en viktig del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet (Molven, 2015).

Ulikt språk og bruk av spesialisert fagterminologi har vist seg å være en utfordring (Petersen, Foged og Nørholm, 2019). Norsk sykepleierforbund jobber mot et felles språk for sykepleiere og helsepersonell. Det er svært viktig i samarbeidet at man forstår og blir forstått, særlig når det omhandler et annet menneskes liv (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Studien til Petersen, Foged og Nørholm (2019) hevdet at samhandlingen mellom tjenestenivåene ble påvirket av språket og fagterminologien sykepleierne brukte. Sykepleierne i sykehus brukte spesialisert medisinsk terminologi i dagligtalen, og forventet at hjemmesykepleien forsto hva som ble sagt og skrevet. Dette viste seg imidlertid å ikke stemme. Sykepleierne i hjemmesykepleien syntes språket kunne være utfordrende. De måtte til tider bruke Google for å forstå de avanserte begrepene. Dette skapte en usikkerhet hos sykepleierne. En sykepleier hevdet hun ble tatt mer seriøst dersom hun brukte latinske ord og snakket samme "språk". For å utjevne forskjellene, og redusere misforståelser, vil implementering av ICNP kunne være nyttig. Verktøyet ICNP bidrar til at sykepleiere snakker samme språk og anvender samme terminologi. Dette vil redusere misforståelser og bedre samhandlingen (Direktoratet for e-helse, 2018).

5.4 Forskningsetiske- og metodiske overveielser

Det har hovedsakelig blitt brukt primærkilder i denne oppgaven. Sekundærkilder har blitt tatt i bruk der hvor det har vært nødvendig for å drøfte resultatene med annen litteratur. Den ferskeste kunnskapen ligger lagret i databasene. Av den grunn har det hovedsakelig blitt anvendt artikler publisert siste fem år.

Med unntak den ene artikkel som både er kvalitativ og kvantitativ, er alle de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien kvalitative. En kvalitativ metode innebærer små utvalg, og på bakgrunn av dette kan man ikke trekke generelle slutninger. Til tross for dette kom det frem under analysen at de ulike artiklenes resultater støtter hverandres gyldighet. Det har vært svært utfordrende å finne kvantitative studier som er vinklet slik at de kunne inkluderes i denne litteraturstudien. Det har ført til at denne oppgaven har et smalere utvalg.

Flere av artiklene er publisert på engelsk. Det har blitt brukt mye tid på oversetting og tolking av disse. Det må tas i betraktning at oversettelsene kan inneholde feiltolkninger og av den grunn påvirke resultatet. Ord som har vært vanskelige å forstå har blitt slått opp i engelske ordbøker. Begrepene “Home care” og “Home care nurses” har blitt brukt flere ganger i to av artiklene. Dette har blitt tolket som “hjemmesykepleie” og “sykepleier i hjemmesykepleien” ut fra beskrivelsene i studiene.

Studien av Brattheim, Hellesø og Melby (2016) støttes av Norges forskningsråd. Studiene til Flateland *et al.* (2015) og Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Informantene ga skriftlig samtykke og fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg. Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert. I både Petersen *et al.* (2018) og Petersen, Foged og Nørholm (2019) ble studiene utført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som følges over nesten hele verden. Alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til denne

(De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014). Videre utypes det i studien at i følge dansk lov er det ikke nødvendig med en formell etisk godkjenning for studier som ikke inneholder biomedisinske problemstillinger. Studien til Poldervaart *et al.* (2019) er unnlatt formell medisinsk etisk godkjennelse ifølge nederlandsk lov. Vi velger å stole på at etikken er ivaretatt da alle personidentifiserbare opplysninger er anonymisert.

5.5 Kildekritikk

Alle de inkluderte artiklene har IMRAD-struktur og er publisert i anerkjente tidsskrift som publiserer fagfellevurdert forskning. Det har dermed blitt tolket dit hen at alle artiklene er fagfellevurdert på grunn av strukturen, forfatterne og hvor artiklene er publisert.

I denne oppgaven har det vært ønskelig å finne ut hvordan sykepleiere opplever og erfarer samhandlingen mellom sykehus og kommune i forbindelse med utskrivelser. Sett bort fra den ene artikkelen som både har en kvalitativ og kvantitativ metode, er alle de inkluderte artiklene kvalitative. Det er gjort av to grunner. For det første er det er lite studier med et kvantitativt design på dette området. Flere kvantitative studier kunne gitt mer statistikk på hvor mange pasienter som skrives ut og antall uønskede hendelser. Oppgaven tar for seg sykepleiernes opplevelser, erfaringer, tanker og følelser i forbindelse med samhandlingen. Det ble da sett på som mest hensiktsmessig å bruke kvalitative studier.

To av artiklene har flere av de samme forfatterne. Dette gjelder studiene til Petersen, Foged og Nørholm (2019) og Petersen *et al.* (2018). Dette kan være en svakhet ved litteraturstudien da forfatterne kan ønske å frem et bestemt resultat fra flere ståsted. Det kan også være at forfatterne har brukt deler av den samme populasjonen i de ulike studiene. Ut fra metodekapittelet i de to artiklene kan en ikke bedømme om de har brukt deler av den samme populasjonen eller ei. I Petersen, Foged og Nørholm (2019) kommer det fram at studien var en del av en større studie. Datainnsamlingen

var derfor ikke spesifikt for denne studien, noe som kan være en svakhet. Muligens kan det bety at datainnsamlingen er den samme i studiene, men det kan en ikke si med sikkerhet. Med et kritisk blikk er disse artiklene likevel inkludert da resultatene er relevante for denne litteraturstudien. I tillegg peker resultatene i samme retning som annen forskning på feltet.

Det må også tas høyde for om helsevesenet i Danmark og Nederland er sammenlignbart eller ikke med det norske. Ut fra artiklene ser en likhetstrekk, med en todelt struktur med spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste med hvert sitt dokumentasjonssystem, legemiddellister og elektronisk meldingssystem. Ut fra egne erfaringer kjenner vi oss godt igjen i det som beskrives i de danske studiene. Studien utført i Nederland beskriver ikke helsetjenesten i lik grad som de danske studiene, da den hovedsakelig omhandler avviksrapportering og statistikk. Statistikken viser seg å være sammenlignbar med statistikk fra Norge.

5.6 Konsekvenser for praksis, og muligheter for innovasjon i tjenesteutvikling

Tilsynet på Hamar sykehus i 2015 avdekket at det eksisterte prosedyrer for hvordan kommunikasjonen mellom tjenestenivåene skulle foregå. Hva meldingene skulle inneholde var ikke presisert i prosedyrene (Helsetilsynet, 2015). Ut fra resultatene i studiene ser det ut til at sykepleierne i sykehus ikke alltid har forståelse for hva kommunen trenger av informasjon (Brattheim, Hellesø og Melby, 2016). Mangel på retningslinjer og prosedyrer for hva meldingene skal inneholde fører til at hver enkelt sykepleier må vurdere hva som er relevant for kommunen å vite. På grunnlag av dette mener vi at funnene i denne bacheloroppgaven kan brukes til fremtidig arbeid med oppdatering og utvikling av prosedyrer for hva de ulike PLO-meldinger bør inneholde. Det kan være gunstig om sykehusene og deres samarbeidende kommuner kan utforme prosedyrene sammen. Begge parter får mulighet til å komme på banen og få forklart hva de trenger av informasjon for å gjøre jobben sin best mulig. Spesifikke prosedyrer som går på innhold i meldingene, kan tenkes å gi mindre rom for misforståelser. Implementering av ICNP i sykepleiepraksis vil bidra til

færre misforståelser (Norsk sykepleierforbund, 2019). Et tydelig budskap og forståelse av innholdet er viktig for pasientsikkerheten.

6.0 Konklusjon

“Pasientsikkerhet i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune - et sykepleieperspektiv”

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Resultatene indikerer at samhandlingen om utskrivningsklare pasienter i sykehus har et forbedringspotensialer. Det er flere ting som svikter i informasjonsoverføringen. Blant annet mangelfull kartlegging av pasientens funksjonsnivå og behov etter utskrivelse, manglende prosedyrer på hva PLO-meldingene til kommunen skal inneholde og en ulik sykepleiefaglig tilnærming i sykehus og kommune. De ulike perspektivene har betydning for hva sykepleierne vektlegger i dokumentasjonen og informasjonsoverføringen. Dette gjenspeiler seg også i informasjonen som blir formidlet til kommunen. Det er store individuelle variasjoner når det gjelder hva sykepleiere sender av informasjon og hva de ønsker å motta. Sykepleierne i kommunen etterlyser mer informasjon om pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov. Særlig boforhold og behov for hjelpemiddel er opplysninger som kommunen savner. Mistillit mellom sykepleierne og mangel på forståelse for hverandres arbeidshverdag er en barriere for god samhandling. Også språk og bruk av terminologi kan utfordre samarbeidet. Det er viktig å forstå informasjonen og opplysningene som blir formidlet.

Det er viktig for pasientsikkerheten å få avdekket hvordan samhandlingen fungerer. Funnene i denne litteraturstudien indikerer at kommunikasjonen og samarbeidet mellom sykehusene og kommunene må forbedres. Det må defineres hvem som har det overordnede ansvaret for pasienten i overgangen fra sykehus til kommune. Manglende prosedyrer for hva PLO-meldinger skal inneholde skaper usikkerhet. Klare retningslinjer og prosedyrer må utformes for å bedre pasientsikkerheten. Prosedyrene vil også bidra til at sykepleiere blir mer bevisst på hva som skal tillegges vekt i samhandlingen. For at prosedyrene skal samsvare med forventningene, vil et samarbeid mellom sykehus og kommune i utformingen være gunstig.

Litteraturliste

Brattheim, B.J., Hellesø, R. og Melby, L. (2016), Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune, *Sykepleien Forskning*, 11 (1), s. 26-33. doi - [10.4220/Sykepleienf.2016.56830](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830)

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 28. april 2019).

Direktoratet for e-helse (2018) *Terminologi for sykepleiepraksis*. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/29/Rapport%20Terminologi%20for%20sykepleiepraksis.pdf>

Flateland, S., Nesheim, T.M., Riiser, A.B. og Söderhamn, U. (2015), Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist til kommunehelsetjeneste, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), s. 145-153. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/file/pdf/66819619/sykepleiestudenters_erfaringer_knyttet_til_overvoering_av_pa.pdf (Hentet: 10. januar 2019).

Flovik, A.M. og Rokseth, T. (2016) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s. 277-278.

Guldvog, B. og Skjellanger, A.G. (2018) Pasientskader i Norge 2017 - Målt med Global Trigger Tool. (IS-2757) Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasientskader-i-norge> (Hentet: 7. mars 2019).

Gundersen, D. og Halbo, L. (2018) *Kvalitet*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kvalitet> (Hentet: 8. mars 2019).

Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015) *Samhandlingsreformens konsekvenser for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. TF-rapportnummer: 362. Bø: Telemarksforskning. Tilgjengelig fra: https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/samhandlingsreformens_konsekvenser18_22_3.pdf (Hentet: 15. april 2019).

Hellesø, R. (2015) Pasientjournal og prinsipper i journalføring, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. s. 221-230

Helsebiblioteket (2018) *Observasjonskompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/sykepleie/aktuelt/observasjonskompetanse> (Hentet: 15 april 2019)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 21. mars 2019)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 2. april 2019)

Helsetilsynet (2015) *Rapport fra tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ved SI Hamar, Sykehuset Innlandet HF 2015*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/hedmark/2015/sykehuset-innlandet-hf-si-hamar-samhandling-om-utskrivning-av-pasienter-fra-spesialisthelsetjenesten-til-kommunene-2015/#4Hvtilsynetomfattet> (Hentet: 7. mars 2019).

Håkonsen, K.M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS, s. 128

Moi, E.B., Söderhamn, U., Marthinsen, G.N. og Flateland, S.M. (2019) Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell, *Sykepleien Forskning*, 14. doi - <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>

Molven, O. (2015) *Helse og jus*. 8. utgave. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Norsk Helsenet (2019) *Veileder for elektronisk meldingsutveksling*. Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/> (Hentet: 15. april 2019).

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Innspill til regjeringens helse- og sykehusplan*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4295394/17036/Innspill-til-regjeringens-helse--og-sykehusplan>

Pasient- og brukerombudet (2017) *Årsmelding 2017*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter> (Hentet: 11. april 2019)

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) *Tiltakspakke for utskrivning med pasienten som likeverdig part*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4433?download=false&ts=15e9edfb955> (Hentet: 8. mars 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2019) *Pasientskader i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge> (Hentet: 7. mars 2019)

Petersen, H.V., Foged, S., Madsen, A.L., Andersen, O. og Nørholm, V. (2018) Nurses' perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study, *Journal of Nursing Management*, 26 (5), s. 509-517. Doi - <https://doi.org/10.1111/jonm.12575>

Petersen, H.V., Foged, S. og Nørholm, V. (2019) "It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (9-10), side 1-10. doi - <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>

Poldervaart, J.M., van Melle, M.A., Reijnders, L.J., de Wit, N.J. og Zwart, D.L. (2019) Transitional safety incidents as reported by patients and healthcare professionals in the Netherlands: A descriptive study. *European Journal of General Practice*, side 1-8. doi - <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1543396>

Regjeringen (2017) Kvalitet og pasientsikkerhet
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/> (Hentet: 7.mars 2019).

Saunes, I.S. og Krogstad, U. (2011) *Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen*. (01-2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. s. 3. Tilgjengelig fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_01_valg_innsatsomrader_pasientsikkerhet.pdf (Hentet: 8. mars 2019).

Schibevaag, L., Laugaland, K.A. og Aase, K. (2018) Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger, i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 21. mars 2019)

Statistisk sentralbyrå (2019) *Pasienter på sykehus*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ssb.no/pasient> (Hentet: 30. april 2019).

St. Meld. 10 (2012-2013 (2013) God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, side 11.

St. Meld. 47 (2008-2009) (2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnessen, S., Kassah, B.L.L. og Tingvoll, W.A. (2016) Samhandling med spesialisthelsetjenesten - sett fra hjemmesykepleiens perspektiv, *Sykepleien Forskning*, 11 (1), s. 16-23. doi - [10.4220/Sykepleienf.2016.56496](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496)

