

Hege Kirkestuen Melby
Åsne Solberg Jørgensen

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?»

Bacheloroppgave i Sykepleie

Mai 2020

Hege Kirkestuen Melby
Åsne Solberg Jørgensen

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?»

Bacheloroppgave i Sykepleie
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?	Dato:	30.05.20
Forfattere:	Hege Kirkestuen Melby og Åsne Solberg Jørgensen		
Veileder:	Kristian Ringsby Odberg		
Nøkkelord:	Sykepleie, pasientoverganger, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, pasientsikkerhet		
Antall sider/ord:	42 sider / 9852 ord	Antall vedlegg:	0
<p>Bakgrunn: Samhandlingsreformen peker på at den norske befolkningen stadig blir eldre og lever lengre med sammensatte sykdommer. Reformen har som formål å sikre en helhetlig helsetjeneste som ivaretar pasienten i alle ledd. Samtidig er et av satsingsområdene til reformen at flere skal behandles i kommunene og at spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert. Dette stiller større krav til trygge pasientoverganger da dette er et sårbart ledd i et hvert pasientforløp. Flere utfordringer og komponenter gir eldre og deres pårørende følelse av at tjenesten mangler helhet og kontinuitet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke og belyse hvordan sykepleier kan bidra til å sikre pasientoverganger preget av god samhandling som gir økt kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p>Metode: Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie. Data i studien er hentet fra forskning innen helsevitenskap samt relevant faglitteratur, lovverk og offentlige veiledere og retningslinjer.</p> <p>Resultat: Resultatet i studien ble lest og analysert, og delt inn i seks hovedtema som belyser vår problemstilling. De seks hovedtemaene omhandler: kommunikasjon og overføring av informasjon, ulike perspektiv og forventninger til helsetjenestene, avvik, inkludering av pasient og pårørende, kompetanse- og opplæring og sykepleier som nøkkelkoordinator.</p> <p>Konklusjon: Sykepleier må ha ytterligere kunnskap om hvilken informasjon som er sentral i overgangen, og må sørge for å aktivt inkludere pasient- og pårørende i utskrivningsprosessen. Sykepleier må være bevisst verdien av gode overganger, og bidra til kvalitetsutvikling ved rapportere om uønskede hendelser.</p>			

ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to ensure safe patient transfers between the special and primary health care services?	Date:	30.05.20
Authors:	Hege Kirkestuen Melby og Åsne Solberg Jørgensen		
Supervisor:	Kristian Ringsby Odberg		
Keywords:	Nursing, patient transfer/transitions, specialist health care, community health service, patient safety		
Number of pages/words: 42 pages / 9852 words		Number of appendix: 0	

Background: The Norwegian Coordination Reform points to the fact the lifespan of the norwegian population has increased, including an increase of several and more complex chronic diseases. The aim of the current reform is to ensure a comprehensive health service with the purpose to provide and secure safe care to pasients on all levels. At the same time, one of the focus areas of the reform is that more people will be treated in the municipalities and that the specialist health service will become more specialized. This may place greater demands on efforts to ensure safe patient transitions as this proves to be a particularly vulnerable link in all patient courses. Several challenges and components gives the elderly and their relatives the feeling that the service given to them, including interaction with the nurses, lacks communication and continuity.

Purpose: The purpose of this study is to elucidate how nurses can contribute with their work and help to ensure safe patient transitions characterized by good and adequate nurse-pasient-interaction that provides increased quality and patient safety.

Methods: This study is a literature study with an aim to elaborate around and discuss the question of research. Data for this study were gathered from research articles in the perspective of health sciences as well as relevant professional literature, legislation and regulations and public guidelines.

Result: The results of the study were read, analyzed and thereafter divided into six main themes; communication and transfer of information, different perspectives and expectations for health services, conformities, inclusion of patient and relatives, competence and training, and nursing as a key coordinator.

Conclusion: Knowledge about the importance of interaction and what information should be emphasized, as well as the inclusion of the patient and relatives, are key measures that will contribute to safe patient transitions. It is also the responsibility of each nurse to contribute to quality development by reporting adverse events during patient transitions.

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT.....	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING	4
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	4
1.3 AVGRENSNINGER	5
2.0 BAKGRUNN	6
2.1 SAMHANDLING MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG PRIMÆRHELSETJENESTEN.....	6
2.1.1 Viktigheten av samhandling mellom somatisk sykehus og hjemmetjenesten.....	7
2.2 PASIENTOVERGANGER	7
2.2.1 Pasientsikkerhet.....	8
2.2.2 Risikofaktorer ved pasientoverganger.....	8
2.3 KRAV TIL SYKEPLEIERENS YRKESUTØVELSE.....	10
2.3.1 Forsvarlighetskravet.....	11
2.3.2 Kvalitet.....	12
2.4 SAMHANDLINGSREFORMEN	12
2.5 HENSIKT	13
2.6 PROBLEMSTILLING	13
3.0 METODE.....	14
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	14
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.....	14
3.3 METODE FOR INNHENTING AV LITTERATUR	15
3.3.1 Inklusjons-/eksklusjonskriterier.....	15
3.3.2 Søkematrise - artikkel 1-6.....	16
3.4 KRITISK VURDERING AV KILDER OG METODISKE OVERVEIELSER	18
4.0 RESULTAT.....	20
4.1 SKJEMATISK FREMSTILLING AV ARTIKLER	20
4.2 TEMATISK ANALYSE AV RESULTATENE	26
4.2.1 Kommunikasjon og overføring av informasjon	26
4.2.2 Ulikt perspektiv og forventninger til helsetjenestene.....	27
4.2.3. Pasientsikkerhet.....	28
4.2.4 Inkludering av pasient og pårørende.....	29
4.2.5 Kompetanse og opplæring	29
4.2.6 Sykepleier som nøkkelkoordinator.....	30
5.0 DRØFTING	31
5.1 SYKEPLEIERENS YRKESUTØVELSE.....	31
6.0 KONKLUSJON	38
6.1 PRAKTISKE IMPLIKASJONER.....	38
7.0 LITTERATURLISTE	39

1.0 INNLEDNING

1.1 Tema og problemstilling

Pasientoverganger er et sårbart ledd i pasientforløpet, og det er flere rom for at ting kan gå galt. Manglende eller dårlig samhandling gjør at pasienten opplever tjenesten som fragmenterte og uoversiktlige, og det fremkommer av kvalitetsreformen for eldre at flere pasienter og deres pårørende opplever manglende kontinuitet, trygghet og uforutsigbarhet i tjenestetilbudet med krevende overganger hvor behovet for koordinerte tjenester ikke møtes (Meld. St. 15 (2017-2018)). Denne oppgaven skal belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å sikre at pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er av en kvalitativ og pasientsikker karakter. Mer presist kan problemstillingen formuleres slik:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?».

Samhandlingen mellom disse aktørene er under kontinuerlig utvikling, og rutinene for pasientoverganger har ingen overordnet felles regulering på nasjonalt nivå. Litteraturen er mangelfull hva gjelder sykepleiers funksjon og hvilke handlinger som er av betydning for å sikre hensiktsmessige overganger for både pasient og helsetjenesten. Oppgaven vil belyse hvordan slike overganger kan fungere i praksis, basert på litteratur og forskning rettet mot henholdsvis spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre vil det redegjøres for sykepleierens lovmessige krav til pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet. Sammenfattet er sykepleierens plikter ledd i å sikre en så trygg og sikker pasientovergang som mulig.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Grunnprinsippene i helseretten omhandler prinsippene om å ikke gjøre skade, utvise likeverd og likhet, og prinsippene om å gi helsehjelp og omsorg. Dette er viktige grunnpilarer for sykepleieres yrkesutøvelse, og prinsipper som skal være gjennomgående i alle ledd av deres arbeid. Videre stiller lov om helsepersonell en rekke krav til helsepersonells yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieres rolle i å sikre trygge og gode pasientoverganger er derfor en ikke ubetydelig del av deres yrkesutøvelse, og kan oppnås ved tilstrekkelig god

pasientbehandling i tråd med de helserettslige prinsippene. Samhandling mellom sykepleier på sykehus og sykepleier i hjemmesykepleien viser seg dermed særlig relevant. Spesielt eldre pasienter er gjenstand for slike pasientoverganger. Sikkerhet og kvalitet for pasienter, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, er overordnede formål med helsepersonelloven og følgelig overordnede formål med sykepleieres yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999).

1.3 Avgrensninger

Denne oppgaven vil primært omhandle intervensjoner som har forankring ved utskrivelse av pasienter fra somatiske sykehus til hjemmet, der pasientansvaret forflyttes fra sykehus til hjemmetjeneste. Fokuset vil følgelig være på den eldre befolkning og deres pårørende, og det vil avgrenses mot andre pasientgrupper. De pårørendes perspektiver vil trekkes frem der dette er hensiktsmessig for å belyse hvor viktig det er med gode pasientoverganger for også andre enn helsepersonellet og pasienten.

2.0 BAKGRUNN

I det følgende vil det redegjøres for bakgrunn og teori som belyser problemstillingen. Det vil redegjøres for kunnskapsgrunnlaget for samhandling, og videre vil det redegjøres for hvilke risikofaktorer som er sentrale ved pasientoverganger. Hvilke krav som stilles til sykepleierens yrkesutøvelse for å sikre forsvarlig pasientbehandling ved pasientoverganger, herunder pasientsikkerhet, kvalitets- og forsvarlighetskravet vil presenteres. Avslutningsvis vil hensikt og problemstilling presenteres.

2.1 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Organiseringen av norsk helsevesen er delt i to nivåer med ulike ansvar og oppgaver; spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Somatisk sykehus forvaltes av spesialisthelsetjenesten sammen med andre tjenester og helsetilbud innen spesialiserte helsetjenester. Staten har ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester omfattes derimot av primærhelsetjenesten og reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven jf. § 3-2 første ledd, pkt. 6. bokstav a) (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Her er det kommunene som sørger for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester jf. § 3-1 (Helsepersonelloven, 1999).

I samhandlingsøyemed fremholder helse- og omsorgstjenesteloven i §1-1 punkt 5. at loven har som formål å «sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker [...]» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I spesialisthelsetjenesteloven uttrykkes det i § 2-1 bokstav e) at «*det regionale helseforetakets ansvar også innebærer en plikt å legge til rette for nødvendig samarbeid [...] med fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven*» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det foreligger med andre ord en samhandlingsplikt etter loven for henholdsvis både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

2.1.1 Viktigheten av samhandling mellom somatisk sykehus og hjemmetjenesten

Den norske befolkningen blir stadig eldre og antallet eldre over 67 år vil fordobles fram mot 2050 (St. Meld. 47 (2008-2009)). Selv om mange eldre er av god helse, vil den økende andelen eldre også øke andelen sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen, og behovet for helsetjenester vil økes parallelt (NOU 2005: 3). Primærhelsetjenesten er ikke utformet for å ta imot denne andelen hjelpetrequende eldre, og ved forverring av den medisinske tilstanden som krever kvalifisert medisinsk behandling, vil kunne føre til innleggelse på sykehus, fordi det ikke finnes alternative og tilpassede tilbud i kommunen (St. Meld. 47 (2008-2009)). Spesialisthelsetjenesten preges av at målet er medisinsk helbredelse, som er i kontrast med kommunehelsetjenestens fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene (St.Meld.47(2008-2009)).

2.2 Pasientoverganger

Pasientoverganger kan defineres som et sett av handlinger som utøves med en hensikt om å sikre kontinuitet og koordinasjon i helsetjenesten når pasienten overføres mellom ulike lokaliteter (Aase, 2015). Pasientoverganger finner sted overalt til enhver tid, på kryss og tvers av helsetjenesten; innad i kommunen, mellom ulike avdelinger på sykehus eller mellom sykehus og hjemmebaserte tjenester (Aase, 2015). Overganger innad og mellom tjenestenivå er kjente risikoområder som fordrer godt samarbeid, kontinuitet og kommunikasjon mellom ulike aktører (Meld. St. 11 (2018-2019)). Som redegjort for legger helselovgivningen opp til en samhandling mellom helseforetakene.

Det er et uttalt mål at eldre skal oppleve pasientsikkerhet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet med en kontinuitet i tilbudet (Meld. St. 15 (2017-2018)). Det er flere utfordringer og komponenter som gir eldre pasienter og deres pårørende en følelse av at tjenestene mangler helhet, kontinuitet og kommunikasjon preget av unødvendige brudd og krevende overganger (Meld. St. 15 (2017-2018)). Spørsmålet om god samhandling eller ikke, dreier seg ofte om integritet og behov, kvaliteten på tjenestene og om forsvarligheten av tjenestene som ytes (St. Meld. 47 (2008-2009)).

2.2.1 Pasientsikkerhet

Pasient- og brukersikkerhet anses som et vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangler på ytelser, med en hensikt om å forebygge skader og uønskede hendelser i pasientbehandlingen (Meld. St. 11 (2018-2019)). I 2005 identifiserte helsemyndighetene en kobling mellom samhandling og sikkerhet, hvor det ble fastslått at samhandling er et område hvor det er stor risiko for svikt og hvor svikt kan få store konsekvenser (NOU 2005: 3).

Det knyttes en sammenheng mellom uønskede hendelser og økende alder, særlig skrøpelige eldre med sammensatte sykdommer som krever koordinert behandling. Uønskede hendelser som fall, infeksjoner, feilmedisinering, fragmentert helse og omsorg og mangelfull oppfølging blant annet (Aase, 2015, s. 135). Svikt i tjenesteytingen vil fremstå som et brudd i forløpet, og er et uttrykk for at ytelsene fra de ulike partene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Brudd i denne forstand kan medføre sviktende grunnlag for kliniske beslutninger, og føre til at pasientsikkerheten svekkes (St. Meld. 47 (2008-2009)).

2.2.2 Risikofaktorer ved pasientoverganger

Som nevnt er pasientoverganger er et sårbart ledd i pasientforløpet, og ved dårlig samhandling er det pasienten som blir den tapende part ved å påføres ytterligere risiko for brudd i forløpet, unødige komplikasjoner og eventuelle behov for ytterlige helsetjenester (St. Meld. 47 (2008-2009)).

I litteraturen gjenkjennes det flere risikoområder for svikt i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Risikofaktorer ved pasientoverganger for eldre pasienter med sammensatt problematikk kjennetegnes overordnet ved;

Informasjons- og kommunikasjonsmangler

Muntlig eller skriftlig kommunikasjon av viktige pasientopplysninger har en hensikt å bidra til økt kunnskap og innsikt for helsepersonellet som overtar ansvaret for pasienten. I en gjennomgang av meldingssystemer for avvik, rapporteres det om at ti prosent av uønskede hendelser knyttes til dokumentasjonssvikt, mangler i relevant og nødvendig informasjon og dokumentasjonsoverføring (Meld. St. 11 (2018-2019)). I spesialisthelsetjenestelovens §6-3

pålegges helsepersonell å gi veiledning og opplysninger om forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver på en hensiktsmessig og forsvarlig måte (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Det foreligger en grunnleggende dokumentasjonsplikt for helsepersonell som yter helsehjelp omtalt i helsepersonelloven §§39 og 40, som hjemler plikten til å føre journal (Helsepersonelloven, 1999). Formålet er ivareta pasientsikkerheten idet det må fremgå av journalen opplysninger om behandling, undersøkelser, diagnostiske funn og helsetilstand (Aase, 2015). Pasientjournalen består av helseopplysninger som beregnes som sensitive og skal dermed undergis konfidensiell behandling. Som helsepersonell er vi regulert av helsepersonelloven og herunder taushetsplikt jf. §21, men det finnes et unntak fra loven jf. §25 som gir adgang til å formidle taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Mangler i legemiddellister

Eldre pasienter med sammensatte sykdommer og diagnoser bruker ofte flere medikamenter samtidig, også omtalt som polyfarmasi. I 2014 fikk omtrent 92 prosent av befolkningen over 64 år minst et legemiddel på resept (Helsedirektoratet, 2016). Jf. §5 i forskriften om legemiddelhåndtering omtales det at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Et sentralt hensyn bak forskriften er å bidra til riktig og god legemiddelhåndtering. Nøyaktig medisinsk informasjon skal gi sykepleier innsikt i pasientens symptomer og tilstand. Mangler i legemiddellisten utgjør en risiko for uønskede hendelser.

Mangler i prosedyre- og oppfølgingsansvar

Det foreligger en forventning om at epikriser, prøvesvar og informasjon kommer frem i tide og blir forstått rett (St. Meld. 47 (2008-2009)). Verdien av behandlingen som utøves i spesialisthelsetjenesten er ofte sterkt avhengig av at kommunen følger opp med nødvendige ytelser for at tjenesten skal være virkningsfull, sikker og koordinert (St. Meld. 47 (2008-2009)). Mangelfull oppfølging av pasientens kontrolltimer, prøvesvar, påbegynt behandling ved sykehuset og videre behandlingsforløp medfører negative konsekvenser for pasienten.

Dersom ansvaret er delt eller uavklart, kan det føre til at oppgaver unnlates fordi en mener at det er den andre parts ansvar (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Kompetansemangler

Kompetansemangler knyttes til mangelfull klinisk kompetanse, manglende systemkompetanse og kjennskap til de ulike juridiske kravene som foreligger i forbindelse med utskrivelse (Aase, 2015). Manglende kjennskap og kunnskap om andres roller knyttet til ansvar og ansvarsoverføring, manglende kunnskap om øvrige tilbud i behandlingsskjeden og manglende oppfatning av pasientstatus anses som faktorer som påvirker pasientoverganger og kan medføre risiko for uønskede hendelser (St. Meld. 47 (2008-2009)).

Manglende fokus på brukermedvirkning

Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt legger vekt på at pasientmedvirkning i størst mulig grad skal forankres i det helhetlige pasientforløpet (St. Meld. 47 (2008-2009)). Det er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 hvor det omtales at «*pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Å ta hensyn til brukerperspektivet ved å øke medvirkning og pasientmakt er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket, og er derfor et vesentlig element for å oppnå pasienttilfredshet og kvalitet på tjenesten (St. Meld. 47 (2008-2009)).

2.3 Krav til sykepleierens yrkesutøvelse

Som påpekt innledningsvis, stilles det i helsepersonelloven en rekke krav til sykepleierens yrkesutøvelse. Helsepersonelloven er en generell helseprofesjonslov, som skal sikre sikkerhet, kvalitet og tillit til helsetjenesten. Kravene som stilles gjelder for helsepersonell som arbeider både ved institusjoner som hører under spesialisthelsetjenesteloven og i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helsepersonelloven § 3 fjerde ledd (Helsepersonelloven, 1999).

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er på sin side tjenestelover, som i hovedsak regulerer pliktene til helsevirksomheten. Da oppgavens problemstilling primært retter seg mot hvordan sykepleiere kan bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialist og primærhelsetjenesten, vil deres individuelle yrkesutøvelse ha stor

betydning for hvordan pasientoverganger oppleves for den enkelte pasient. Likevel er tjenestelovene også retningsførende for sykepleierens yrkesutøvelse, gjennom ledelsen og retningslinjene gitt i de ulike helsevirksomhetene.

2.3.1 Forsvarlighetskravet

Et grunnleggende krav i helseretten er at ytelsen av helsehjelp skal være forsvarlig. Kravet til forsvarlighet er gjennomgående i alle helselovene, og det uttrykker dermed et alminnelig helserettlig prinsipp. Helsepersonelloven § 4 hjemler det generelle forsvarlighetskravet på individnivå (Helsepersonelloven, 1999). Forsvarlighetskravet setter grenser for hvilken hjelp som kan ytes, men også hvilken hjelp som kan pålegges – det stilles altså krav til både helsehjelpens kvalitet og kvantitet. Kravet til forsvarlighet rommer både en rettslig og faglig norm, hvor selve innholdet må fastlegges både ut fra yrkesfaglige og yrkesetiske prinsipper og andre normer utenfor loven selv.

Selv om forsvarlighetskravet her er formulert på individnivå, må det bemerkes at det foreligger et forsvarlighetskrav på systemnivå utpenslet av helsepersonelloven § 16 (Helsepersonelloven, 1999). Ordlyden i denne bestemmelsen anviser at virksomhetene skal organiseres på en måte som gjør at helsepersonellet «blir i stand til» å gjennomføre sitt arbeid etter de pliktene som følger av loven. De ulike institusjonene både på statlig og kommunalt nivå har med andre ord et ansvar for å legge til rette for at helsepersonellet kan utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.

Hensynet bak forsvarlighetskravet er blant annet å beskytte pasienter og samfunn mot unnlatelser som innebærer unødig skaderisiko, samt å sikre at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring av pasient- og brukersikkerhet jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§4-1 og 4-2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 er det nedfelt et krav om at tjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, slik at den enkelte pasient mottar et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

2.3.2 Kvalitet

Kvalitet kan defineres som graden av samsvar mellom pasientens forventninger, krav, behov og tjenestens evne til å tilfredsstille dette (Knutstad, 2010). Gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien «*Og bedre skal det bli*» ble det utarbeidet seks dimensjoner som skal sikre helsetjenester av god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). God kvalitet på tjenestene kjennetegnes ved at de er virkningsfulle, trygge og sikre. Pasientene skal være involvert og ha innflytelse på tjenesten. Tjenestene som ytes skal være tilgjengelige, samordnet, preget av kontinuitet og ressursene bli utnyttet på en god måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Å sikre at pasienten opplever å bli respektert, at tjenestene er til for dem og at deres fysiske og sosiale behov blir dekket, vil for de fleste være et uttrykk for god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Kvalitetsarbeid har som mål å forebygge feil og uønskede hendelser. Kvalitetsarbeid skal styrke bevisstheten om sykepleierens faglige ansvar, samt sykepleierens ansvar for å utøve tjenester ut fra forsvarlighetskravet (Knutstad, 2010).

Det er utarbeidet en kvalitetsforskrift med hensikt om å bedre kvaliteten mellom pasient og helsepersonell ved å sikre en helhetlig tilnærming til pasientens behov. Tjenestetilbudet skal være samordnet og fleksibelt som ivaretar kontinuiteten i tjenesten, slik at brukerne og pårørende skal medvirke i sitt tjenestetilbud (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Formålsbestemmelsen i kvalitetsforskriften §1 fremholder at forskriften «*skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel*» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

2.4 Samhandlingsreformen

Samhandling defineres som «*et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*» (St. Meld. 47, 2008-2009, s.13).

I 2009 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet samhandlingsreformen som baseres på «*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*». (St. Meld. 47 (2008-2009)). Reformen ble utviklet og iverksatt på bakgrunn av store utfordringer i grenseflaten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og ved den nasjonale kartleggingen av pasienterfaringer ved norske sykehus kommer samhandling mellom disse nivåene dårligst ut (Bjerkan, Holmboe og Skudal, 2014).

Formålet med reformen er å utarbeide en helhetlig helsetjeneste som ivaretar pasienten i alle ledd av behandlingen, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Reformen har en ambisjon om å sikre gode pasientforløp og overganger preget av kontinuitet, koordinasjon og god samordning for å imøtekomme pasientens ulike behov. Dette er særlig viktig for eldre pasienter med langvarige og sammensatte sykdommer som kan ha behov for tjenester på tvers av helsevesenet, og derav vil oppleve en rekke pasientoverganger mellom ulike virksomheter (St. Meld. 47 (2008-2009)).

2.5 Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven er å tilegne oss kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å sikre gode og trygge pasientoverganger, preget av samordning, pasientsikkerhet og kvalitet. Vi ønsker å gi en god og oppdatert forståelse av emnet, og forhåpentligvis utarbeide en bacheloroppgave som kan bidra til å gi en felles forståelse av viktigheten og verdien av sikre pasientoverganger, både for pasienten og for helsepersonell.

2.6 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?»

3.0 METODE

Her vil litteraturstudie som metode presenteres, samt teori om kvalitativ og kvantitativ metode. Vi vil presentere søkeord og databaser i tillegg til strategi for innhenting av litteratur. Deretter vil vi fremvise inklusjon- og eksklusjonskriterier, samt søkematriser til valgte artikler. Avslutningsvis presenteres kritisk vurdering av kilder og metodiske overveielser.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som tar utgangspunkt i eksisterende forskning og skriftlige kilder for å belyse en avgrenset problemstilling (Thidemann, 2015). Ved hjelp av systematiske litteratursøk skal man komme frem til relevant forskning for valgt tema og problemstilling. Søkestrategi som blir brukt til å komme frem til valgte artikler skal presenteres. Resultatene fra artiklene skal analyseres, presenteres og diskuteres for å belyse problemstillingen fra flere vinklinger. I en litteraturstudie skal man avslutte med en konklusjon, eller et svar på problemstillingen.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi har i oppgaven benyttet oss av kvalitativ forskning og en systematisk oversiktsartikkel. Med kvalitativ metode er hensikten å få kunnskap om opplevelser, erfaringer, forventninger, holdninger og lignende (Thidemann, 2015). Dette er forskning som ofte er basert på intervju, observasjoner og dokumentanalyse (Thidemann, 2015). Et kjennetegn ved denne forskningsmetoden er å få fram dybdekunnskapen om temaet. Dette betyr at man ofte får mange opplysninger fra få undersøkelser. Denne type forskning er hensiktsmessig i forhold til vår oppgave da man ved kvalitativ metode kan utforske dynamiske prosesser som for eksempel samhandling og utvikling. Dette anser vi som relevant i forhold til vår problemstilling. En systematisk oversiktsartikkel oppsummerer og sammenstiller resultatet av analysen av alle relevante studier (Thidemann, 2015). Forskning med kvantitativ metode er forskning gjort på målbare enheter (Thidemann, 2015). Kjennetegn på en kvantitativ forskning er data som gir eksakte tall eller beregninger. Man vil ved kvantitativ forskning ofte få lite eller få opplysninger fra mange undersøkelsesenheter, også kalt *breddekunnskap* (Thidemann, 2015).

3.3 Metode for innhenting av litteratur

Søkeord:

Health care, Nursing, Patient safety, Improve patient safety, Quality of Care, Health information exchange, Patient transfer, Care transitions, Transitional care, Interprofessional relations, Interventions, Home care nursing, Community health care, Specialist health care service, Hospital, Discharge, Samhandling, Dokumentasjon, Sykepleie,

Vi har valgt å bruke de elektroniske databasene Ovid (Medline), PubMed, og SveMed+. Dette er alle databaser som omhandler forskning innen medisin og helsevitenskap. For å finne søkeord har vi først og fremst tatt utgangspunkt i hvilke nøkkelord som er relevante for vår problemstilling. Vi har deretter benyttet MESH ("mesh på norsk og engelsk", utgitt av Universitetet i Agder i samarbeid med Helsebiblioteket og Folkehelseinstituttet) for å finne gode medisinske søkeord på engelsk som vi benyttet ved søk i databasene.

Vi har brukt flere kombinasjoner av de aktuelle søkeordene og kombinert med "AND". Alle søk ble avgrenset til tidsrommet 2010-2020. Vi leste deretter overskrift på alle artikler, leste abstracts til relevante artikler og sørget for at studien fulgte IMRaD-struktur. Artikkene ble videre sjekket opp mot inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Artikkene som innfridde kriteriene ble deretter nøye gjennomgått, og analysert. Videre kom vi frem til seks utvalgte studier som vi mener belyser problemstillingen fra flere vinklinger: fem kvalitative og én systematisk oversiktsartikkel.

3.3.1 Inklusjons-/eksklusjonskriterier

Vi har benyttet oss av følgende inklusjons og eksklusjonskriterier som et hjelpemiddel i søkeprosessen for å finne relevante forskningsoppgaver.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som omhandler sykepleieintervensjoner	Publikasjoner i tidsrommet før 2010
Artikler som omhandler samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten	Artikler som omhandler palliasjon
Fagfelleverderte artikler	Artikler som omhandler barn
Artikler med IMRaD- struktur	Artikler som omhandler en spesifisert diagnose
Nordisk/Engelsk språk	

3.3.2 Søkematrise - artikkel 1-6

Under presenteres søkematriser for de inkluderte artiklene.

Artikkel 1: <i>«Use of participatory visual narrative method to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions»</i>						
Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
Ovid (Medline)	1. Transitional care		686			«Full text» and «year 2010- 2020»
	2. Interventions		333762			
	3. Patient safety		19118			
	4.	#1 AND #1 AND #3	4	2	1	

Artikkel 2: <i>«Electronic message exchange for patients discharge from hospital»</i>						
Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
SveMed+	1. Hospital		8803			«Full text» and «year 2010- 2020»
	2. Discharge		597			
	3. Exchange		434			
	4.	#1 AND #2 AND #3	1	1	1	

Artikkel 3:*«Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence»*

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
Pubmed (Medline)	1. Transitional care 2. Interventions 3. Improve patient safety 4.	#1 AND #2 AND #3	13968 289612 3226 17	3	2	«Full text» and «year 2010-2020»

Artikkel 4:*«Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care»*

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
Ovid (Medline)	1. Health information exchange 2. Patient transfer 3.	#1 AND #2	851 8316 16	1	1	«Full text» and «year 2010-2020»

Artikkel 5:

«Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold – en fenomenologisk-hemeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleiere i kommunen»

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
SveMed+	1. Samhandling		8373			«Full text» and «year 2010-2020»
	2. Dokumentasjon		1087			
	3. Sykepleie		4692			
	4.	1# AND #2 AND #3	35	3	1	

Artikkel 6:

«Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten»

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Brukte artikler	Kommentar
SveMed+	1. Home care nursing		1555			«Full text» and «year 2010-2020»
	2. Specialist health care service		90			
	3.	#1 AND #2	5	1	1	

3.4 Kritisk vurdering av kilder og metodiske overveielser

For å vurdere kvaliteten på kilden har vi tatt utgangspunkt i at forskningen er fagfellevurdert og at den følger IMRaD-struktur. De fleste vitenskapelige artiklene innen medisin og helsevitenskap har en oppbygning som følger IMRaD-struktur, da strukturen samsvarer med forskningsprosessen (Thidemann, 2015). Vi har undersøkt at forfatterne er fagfolk innen feltet. At publikasjonen har utgivelsesår innen tidsrommet 2010 til 2020 vitner om at det er nyere forskning.

I studien har vi i hovedsak valgt kvalitative studier, med unntak av en systematisk oversiktsartikkel. Samtlige kvalitative studier er primærkilder. En primærkilde er artikler skrevet om enkeltstudier (Thidemann, 2015). Vi har valgt å ikke inkludere kvantitativ forskning i vår studie, da vi fant at disse ikke hjalp oss å besvare vår problemstilling. Dette kan sees i samsvar med at forskningen som belyser vår problemstilling ikke i like stor grad er målbare. Vi har valgt å inkludere en systematisk oversiktsartikkel i studien. En systematisk oversiktsartikkel oppsummerer og sammenstiller resultatet av analysen av alle relevante studier (Thidemann, 2015). En systematisk oversiktsartikkel er en sekundærkilde. Vi valgte likevel å inkludere denne da vi anser denne som svært relevant for vår problemstilling.

Fire av seks inkluderte artikler er norske, hvorav en av dem er norsk og nederlandsk. Dette er basert på grunnlaget av at det var utfordrende å finne utenlandske artikler som i like stor grad var relevante for problemstillingen. Årsaken til dette var blant annet at de fleste utenlandske artikler i stor grad var knyttet opp mot en annen struktur eller organisering av helsevesenet, og har tatt utgangspunkt i lokale faktorer. Derav er resultatene vanskelige å overføre til norsk helsevesen. En annen utfordring var også at en stor andel av artiklene vi fant omhandlet overføring av pasient til andre avdelinger innad på sykehus, mellom ambulansse og akuttmottak, fra operasjon til sengepost og lignende. Mange av de leste overskriftene eller artiklene fokuserte også på en spesifisert diagnose eller på palliativ pleie. I tillegg var en stor andel av artiklene spesifisert på legens arbeidsområde. Vi måtte derfor utelukke flere gode artikler i hensyn til avgrensningen til oppgaven.

Artikkel 1 har få deltakere i studien, noe som kan gjøre resultat vanskelig å generalisere. Til tross for få informanter, har deltakerne totalt erfart 22 forskjellige overganger i løpet av de to siste årene. Pasient- og pårørende perspektivet er viktig for å besvare vår problemstilling, i og med at kvaliteten på tjenesten i stor grad står i samsvar med pasientens opplevelse av tjenesten som utøves.

4.0 RESULTAT

Under presenteres de inkluderte artiklene i en skjematisk fremstilling.

4.1 Skjematisk fremstilling av artikler

Artikkel 1: <i>«Use of participatory visual narrative method to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions»</i>	
Referanse:	Backman <i>et al.</i> , 2018.
Tidsskrift:	<i>BMC Health Services Research</i>
Land:	Canada
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer pasienter med flere kroniske sykdommer og deres pårørende har ved pasientoverganger, og å identifisere potensielle forbedringsområder.
Metode	Denne kvalitative studien gjennomførte dybdeintervjuer med bilder som hjelpemiddel for å generere en dialog. Totalt ni deltakere ble inkludert i studien, hvor fire pasienter ble intervjuet alene, tre pårørende alene og to pasient/pårørende sammen. Intervjuene ble tatt opp på bånd, deretter transkribert og kodet. Analysen av dataen ble samlet i en tematisk analyse.
Resultat	Det ble identifisert seks hovedtemaer; positive opplevelser knyttet til pasientoverganger ved å ha tilgang til kommunehelsetjenester og øvrige tilbud. De involverte opplevde en tilstedeværelse av systemiske barrierer i pasientovergangene, og vanskeligheter med oppfølging. Deltakerne beskrev mangel på meningsfylt samarbeid ved utskrivelse, og påpekte viktigheten av å være involvert i overganger til hjemmet.
Konklusjon	Artikkelen konkluderer med at det bør fokuseres på behovet for å aktivt engasjere og involvere pasienten og pårørende i overgangene, og identifiserer tre forbedringsområder for å imøtekomme disse behovene.
Relevans for studien	Denne studien er relevant fordi den tar for seg et pasient- og pårørende perspektiv ved pasientoverganger. Erfaringer fra pasientperspektivet er viktig å belyse.

Artikkel 2:

«Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivelse av pasienter fra sykehus til kommune»

Referanse:	Brattheim, Hellesø og Melby, 2016.
Tidsskrift:	<i>Sykepleien forskning</i>
Land:	Norge
Hensikt	Denne kvalitative studien er gjort på bakgrunn av at overgang mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er en sårbar situasjon for mange pasienter, og hensikten er derfor å undersøke sykepleiernes erfaring med PLO-meldinger ved utskrivelse av pasient.
Metode	Både individuelle intervju og gruppeintervju av 41 helsearbeidere ble gjennomført i studien. Deltakerne var fordelt på et universitetssykehus og tre kommuner. Universitetssykehuset og en av kommunen var av de første til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling og ble derfor inkludert i studien. De to andre kommunene var tilfeldig utvalgt. Fra kommunen deltok tolv sykepleiere fra hjemmesykepleien og ti sykepleiere i koordinator eller viksomhetsrollen samt to IT-ansvarlige. Fra sykehuset deltok femten sykepleiere og to sosionomer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. I analysen av resultatet ble det benyttet en induktiv tilnærming.
Resultat	Resultatet av studien viste at bruk av PLO-meldinger bidrar til raskere avklaring og tilgang til informasjon. Supplerende informasjonskilder som blant annet telefonsamtaler, ble likevel benyttet for å sikre tilstrekkelig informasjon mellom sykehus og hjemmetjenesten.
Konklusjon	Elektronisk meldingsutveksling anses som et virkningsfullt verktøy i samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste. Muntlig kommunikasjon og møter må i tillegg kompletteres for å ivareta kontinuiteten ved planlegging av utskrivning og ved utskrivelse av pasient.
Relevans for studien	Artikkelen er relevant for studien da den tar for seg et viktig kommunikasjonsverktøy mellom sykehus og kommunen.

Artikkel 3:

«Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence»

Referanse:	Laugaland, Aase og Barach, 2012.
Tidsskrift:	<i>Work: A journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation.</i>
Land:	Norge og Nederland
Hensikt	Hensikten er å sammenfatte intervensjoner rettet mot å forbedre pasientsikkerheten til eldre pasienter ved pasientoverganger, og å evaluere effekten og effektiviteten av tiltakene.
Metode	Denne systematiske oversiktsartikkelen foretok et systematisk litteratursøk i elektroniske databaser som PubMed, Medline og Cinahl. Kvalitative og kvantitative studier om emnet publisert i løpet av år 2000 til 2010 ble inkludert. Studiene måtte beskrive eller måle effekten av intervensjonene rettet mot uønskede hendelser, og omhandle eldre pasienter (65>år) med en medisinsk diagnose.
Resultat	Totalt 37 publikasjoner oppfylte inklusjonskriteriene og ble tatt med i studien. I gjennomgangen ble det avdekket flere intervensjoner som viste gode resultater. Disse intervensjonene inkluderte profesjonsorienterte tiltak rettet mot kompetanse og opplæring. Organisatoriske tiltak som utskrivelsesrutiner og planlegging, overføringssykepleier, sammenfatning av legemidler, standardiserte utskrivesskjemaer og elektroniske verktøy. Pasient- og pårørende tiltak som inkluderte pasientbevissthet og myndighet, og støtte ved utskrivning.
Konklusjon	Resultatene fra studien viser at implementering av disse målrettede intervensjonene vil bidra til pasientsikkerhet og trygghet ved pasientoverganger. Det påpekes at intervensjoner preget av tverrfaglighet og flere enkelttiltak kombinert har tendens til å gi best effekt.
Relevans for studien	Denne studien er relevant da den identifiserer og evaluerer flere intervensjoner rettet mot ivaretagelse av pasientsikkerheten ved pasientoverganger, med spesielt fokus på utskrivelsesintervensjoner.

Artikkel 4:

«Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care»

Referanse:	Sarzynski <i>et al.</i> , 2018.
Tidsskrift:	<i>Geriatric nursing</i>
Land:	USA
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere mulighet for lettere informasjonsoverføring mellom sykehus og hjemmesykepleie.
Metode	19 sykepleiere av totalt 29 inviterte deltakere deltok i den kvalitative studien. Studien besto først av en individuell skriftlig undersøkelse, før gruppene ble delt inn i fire fokusgrupper og deltok på fokusgruppeintervju. Alle intervjuene ble innspilt digitalt og transkribert. Deretter ble dataene analysert og tematisert.
Resultat	Det ble i alt identifisert fire utfordringer knyttet til utveksling av informasjon. Sykepleiere i hjemmetjenesten identifiserte en rekke forbedringsmuligheter, hvorav noen kan være nyttig for helseteknologiske løsninger. Mye av resultatene i studien omhandlet utfordringer knyttet til at sykehuset og hjemmesykepleien benytter to ulike journal og dokumentasjonssystemer.
Konklusjon	Sykepleierne i hjemmetjenesten identifiserte utfordringer og en rekke forbedringsmuligheter og forslag til tiltak for å sikre trygge pasientoverganger. Studien genererte til større organisatorisk støtte til hjemmetjenesten, og en bredere forståelse for hjemmetjenesten sin rolle i overføringene.
Relevans for studien	Studien er relevant fordi den tar for seg ulike temaer knyttet til utfordringer ved samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og videre identifiserer en rekke tiltak for å imøtekomme utfordringene.

Artikkel 5:

«Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold – en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleiere i kommunen»

Referanse:	Tingvoll og Fredriksen, 2011.
Tidsskrift:	<i>Vård i nord</i>
Land:	Norge
Hensikt	Hensikten med studien er å forstå hvordan en kan utvikle utskrivningsprosesser mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste som fremmer individuelt tilpasset pleie og omsorg.
Metode	I denne kvalitative studien ble det foretatt fokusgruppeintervju av i alt 22 ledere fordelt på fire fokusgrupper. To fokusgrupper fra sykehjem og to fra hjemmesykepleien. Hver gruppe ble intervjuet to ganger. Deltakerne var alle ledere ved institusjoner eller hjemmesykepleie. Alle intervjuene foregikk som åpne intervju. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.
Resultat	Analysen av materiale fra intervjuene viser at det var et hovedtema: manglende forutsetninger for å gjøre individuell tilrettelegging for pasienten. Deretter ble data inndelt i til fem underkategorier: mangel på faglig kontinuitet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, kvalitetsbrudd på registreringsinstrumenter og rapporteringsrutiner, manglende fleksible ordninger i forhold til situasjonsendringer hos pasienten, mangel på informasjon i og mellom tiltakskjedens ulike ledd og manglende helhetstenkning i tiltakskjeden.
Konklusjon	Kommunehelsetjenesten må innføre betydelige endringer for å kunne møte den aldrende befolkningen. Når pasienter blir utskrevet til kommunehelsetjenesten er det viktig at det blir gitt riktig informasjon i god tid før pasienten blir utskrevet. Tettere flerfaglig dialog og felles forståelse av pasientdokumentasjonens viktighet er tiltak som kan bidra til økt kontinuitet. Det er også behov for økt fokus på kvalitetsutvikling og avviksmelding.
Relevans for studien	Studien har i stor grad fokus på kontinuitet og kvalitetsarbeid i samhandlingen mellom de ulike aktørene når det gjelder pasienter som skrives ut fra sykehjem til kommunal helsetjeneste. Artikkelen tar utgangspunkt i samhandlingsreformens føringer om at flere eldre med sammensatte sykdommer blir sendt hjem tidligere fra sykehus, og at kommunen blir tildelt flere og mer kompliserte oppgaver.

Artikkel 6:

«Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten»

Referanse:	Tønnessen, Kassah og Tingvoll, 2016.
Tidsskrift:	<i>Sykepleien forskning</i>
Land:	Norge
Hensikt	Hensikten med denne kvalitative studien var å se på hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten oppleves når en pasient skrives ut fra sykehuset.
Metode	Det ble gjennomført dybdeintervju av syv sykepleiere ansatt i hjemmetjenesten fordelt på en kommune og en bykommune. Begge innen samme helseforetak. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Materiale fra intervjuene ble analysert og fortolket etter fenomenologisk-hermeneutisk metode.
Resultat	Resultatet fra studien beskriver at samhandlingen mellom de to sektorene er god når det gjelder pasienter med kreftdiagnose. Samhandlingen om pasienter med andre diagnoser er utfordrende. Det blir beskrevet at samhandlingen er preget av ulike perspektiver på hvilken informasjon som skal tillegges vekt. Det blir også beskrevet at sykepleierne i hjemmesykepleien opplever en skjev maktfordeling mellom de to aktørene, og at informasjonsflyten er begrenset.
Konklusjon	Samhandlingen mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie er ikke optimal etter hensikten. Det kreves endring på organisatorisk nivå for at maktrelasjonene kan balanseres. I tillegg må aktørene ha både kunnskap og evne til å samarbeide på tvers av organisatoriske enheter.
Relevans for studien	Relevans for vår litteraturstudie er at det i denne studien er fokus rettet mot hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at samhandlingen fungerer. Dette er et interessant og relevant for denne studien, med bakgrunn i at pasienter nå blir raskere sendt hjem fra sykehus, og det blir større og mer ansvar og oppgaver til primærhelsetjenesten.

4.2 Tematisk analyse av resultatene

Her presenteres et sammenfattet resultat av studiens inkluderte artikler. Resultatet av de utvalgte artiklene belyser flere aspekter ved samhandlingen mellom sykehus og kommunen ved pasientoverganger. Vi har valgt å trekke frem de resultatene som i størst grad belyser og anses som mest sentrale for å besvare vår problemstilling. Dette førte oss frem til seks hovedtemaer;

4.2.1 Kommunikasjon og overføring av informasjon

Både Sarzynski *et al.* (2018), Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) og Tingvoll og Fredriksen (2011) viser til at manglende kommunikasjon og informasjonsflyt er utfordrende når pasienter overføres fra sykehus til kommunen.

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ved utskrivelse

Sarzynski *et al.* (2018) beskriver hvordan pasienter ofte blir overveldet med informasjon i løpet av oppholdet på sykehuset, som minimerer effekten av hva sykepleiere på sykehuset informerer og veileder om. Også Backman *et al.* (2018) trekker frem hvordan mangel på informasjon ved utskrivelse er et gjennomgående tema blant deltakerne. Lite informasjon om medisiner, oppfølging, videre plan og behandling ble trukket frem som eksempler på områder hvor kommunikasjon og informasjon var mangelfull. Sarzynski *et al.* (2018) viser til at behovet for persontilpasset informasjon må forbedres.

Kommunikasjon mellom sykepleiere i spesialist- og primærhelsetjenesten

Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskriver i sin studie at deltakerne opplever begrenset samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien. Informantene forteller om mangel på faste og formelle arenaer for samhandling med sykehuset. Pasienter som blir sendt hjem med mangelfull epikrise eller manglende informasjon er en utfordring ifølge Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016). Dette gjør tilpasningen av tjenestetilbudet til pasientene vanskelig. Laugaland, Aase og Barach (2018) viser til at positive erfaringer ved pasientoverganger knyttes til god koordinering og effektiv kommunikasjon, og at dette bidrar til at helsepersonell som skal følge opp pasienten etter sykehusinnleggelse har den informasjon de trenger.

Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) peker også på manglende kontinuitet når sykepleiere i hjemmetjenesten må henvende seg til sykehuset med spørsmål. Dette er både tidkrevende og

problematisk da det er vanskelig å komme i kontakt med riktig personell som kan gi svar når sykepleieren har behov for dette. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskriver at vurderingen av hvilken informasjon som skal vektlegges i samhandlingen kan være en utfordring da sykepleierne ved sykehuset og kommunen ser pasienten fra ulikt perspektiv.

Elektronisk meldingsutveksling

Brattheim, Hellesø og Melby (2016) beskriver at PLO-meldinger viser seg å være et godt kommunikasjonsverktøy, og at dette bidrar til tettere samhandling. Det beskrives videre at informasjon fra sykehuset om pasientens helsetilstand og tentative utreisedato skal sendes til kommunen innen 24 timer etter innleggelse på avdelingen. Sykepleierne på sykehuset anså dette som en utfordring, da sykepleierne selv måtte basere dette på tidligere erfaringer.

Det er også variabelt hvorvidt kommunene forholder seg til helseopplysningene de mottar fra sykehuset. Studien til Brattheim, Hellesø og Melby (2016) beskriver hvordan helseopplysninger i noen tilfeller blir brukt i planleggingen av videre oppfølging etter utskrivelse, men at det i andre tilfeller ikke ble iverksatt noen tiltak ut ifra helseopplysningene de fikk tilsendt. Ifølge informantene kan en mulig årsak til dette relateres til store individuelle forskjeller i helseopplysningsskjemaets innhold. Disse opplysningene kunne inneholde alt fra informative og detaljerte beskrivelser, til kun korte setninger om innleggingsårsak. Brattheim, Hellesø og Melby (2016) viser til at både sykepleiere på sykehuset og i kommunen uttrykte interesse for å få tilbakemeldinger på at PLO-meldingene ble mottatt og lest, og anså dette som en forutsetning for å kunne planlegge utskrivelse.

4.2.2 Ulikt perspektiv og forventninger til helsetjenestene

Ulike perspektiv på pasientens omsorgsbehov

Både Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) og Tingvoll og Fredriksen (2011) beskriver hvordan ulike perspektiv på pasientens omsorgsbehov kan føre til utfordringer i samhandlingen mellom sykepleiere på sykehus og i kommunene. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) viser til at aktørene i spesialisthelsetjenesten ofte har fokus rettet mot pasientens medisinske tilstand og behandling, mens aktørene i hjemmesykepleien har større fokus på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Ifølge Tingvoll og Fredriksen (2011) fører dette blant annet til at hjemmetjenestens oppfatning av forespeilet hjelpebehov ikke alltid samsvarer med pasientens faktiske hjelpebehov.

Manglende innsikt i hverandres arbeids- og rammeforhold

Tingvoll og Fredriksen (2011) viser til at spesialisthelsetjenesten har manglende innsikt i kommunehelsetjenestens arbeids- og rammeforhold. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskriver at skjev maktfordeling og mangel på innflytelse påvirker samhandlingen. De beskriver videre hvordan hjemmesykepleieren «må ta imot» pasienter uten at hjelpetilbudet kan imøtekomme pasientens behov. De viser til hvordan mangel på medisiner og utstyr kan bli et problem når pasientene blir sendt hjem på kort varsel, og at sykepleierne i hjemmetjenesten opplever at spesialisthelsetjenesten ikke har forståelse for at hjemmesykepleien har behov for tid til planlegging. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) beskriver også hvordan personell på sykehus uttaler seg om hvilke tjenester de kan forvente fra hjemmesykepleien etter utskrivelse, uten at dette er avklart med kommunen. Dette fører til at forventningene til pasienten ikke alltid samsvarer med det reelle tilbudet de får etter utskrivelse.

4.2.3. Pasientsikkerhet

Tingvoll og Fredriksen (2011) beskriver at manglende systematisk oppfølging av avvik medfører svikt eller brudd på kvaliteten i samhandlingen. En informant i studien beskrev blant annet at å skrive avvik føles ut som bortkastet tid. Studien viser til at det er for lite systematikk rundt avviksmelding, når de skal skrives og sendes. Tilbakemelding om at avviket er mottatt og tilbakemeldinger med forslag til endringer og forbedringer er også mangelfull.

Flere studier i sammenfatningen til Laugaland, Aase og Barach (2012) anerkjente at høy alder og polyfarmasi er risikofaktorer for medikamentelle avvik og feil, og at det ofte forekommer ved utskrivelse fra sykehus. Deltakerne i studien til Sarzynski *et al.* (2018) beskriver at det tar unødvendig lang tid å rydde opp i medisinlisten til pasienten når de kommer hjem fra sykehuset, og at de ofte må kontakte legen for å avklare avvik. Spesielt bemerker sykepleierne at det hyppig forekommer feil i samstemmingen i epikrisens medikamentliste og i utskrivelsesnotatet til hjemmesykepleien. Laugaland, Aase og Barach (2012) viser til en studie som avdekket at ansatte på sykehuset ofte misforsto pasientens medisinliste ved innleggelse, og at disse ble videreført til utskrivelsesrapporten.

I studien til Laugaland, Barach og Aase (2012) viser en intervensjon om standardiserte medisinrapporter seg å være fordelaktig, der medisinrapporten tar for seg alle endringer i medisineringen og årsaken til endringene. Effekten av intervensjonen viste seg å redusere

antallet medikamentelle svikt med mer enn 50%, og at det dermed anses som et effektivt verktøy for å redusere uønskede hendelser knyttet til både medikamentelle og kliniske svikt når eldre pasienter skrives ut fra sykehuset. Flere studier i sammenfatningen til Laugaland, Barach og Aase (2012) foreslår standardiserte sammendrag eller sjekklister for eldre pasienter for å forbedre informasjonsoverføringen.

4.2.4 Inkludering av pasient og pårørende

Laugaland, Aase og Barach (2012) inkluderer flere studier som fremhever viktigheten av å involvere pasienter og pårørende i utskrivelsesprosessen fra sykehus. De beskriver at dette er en av de viktigste faktorene som bidrar til gode pasientoverganger for skrøpelige eldre pasienter. I studien til Bachman *et al.* (2018) beskriver flere deltakere mangelfull involvering i egne overganger, og forteller om opplevelser hvor de på kort varsel får beskjed om at de skal reise hjem uten å være forberedt på utskrivelse. Deltakerne beskrev at dette foregikk uten ytterligere informasjon og forklaring, og ofte uten rom til å stille spørsmål.

Laugaland, Aase og Barach (2012) viser til en studie hvor pasienter uttrykker et tydelig ønske om å delta aktivt i utskrivelsesprosessen, og at 46% av pårørende rapporterte om liten, eller ingen involvering i utskrivelsesprosessen. Bachman *et al.* (2018) bemerker at flere pårørende tar en aktiv rolle i å hjelpe pasienten ved utskrivelse og i overgangen til hjemmet. Pårørende føler ansvar for å organisere og kontrollere at alt ligger til rette for en trygg overføring for at pasienten ikke «faller mellom to stoler». Laugaland, Aase og Barach (2012) viser til at pårørende som er inkludert i utskrivelsesprosessen har signifikant høyere score på tilfredshet og aksept av omsorgsrollen.

4.2.5 Kompetanse og opplæring

Laugaland, Aase og Barach (2012) fremhever at flere studier har vist gode resultater etter å ha implementert undervisning om pasientoverganger i utdanningen. Nytteverdien vises ved at studentene beskriver en økt følelse av kompetanse for å sikre trygge utskrivelser, og til å gi opplæring om medikamenter ved utskrivelse. I studien til Laugaland, Aase og Barach (2012) vises det også til en studie som fremhever positive effekter ved å tilby pasienter veiledningsmøter før og etter utskrivelse, og understreker at denne typen intervensjoner styrker pasientens egen myndighet.

4.2.6 Sykepleier som nøkkelkoordinator

I studien til Backman *et al.* (2018) beskriver flere deltakere at sykepleieren utgjør en betydelig positiv forskjell ved å påta seg en koordinerende rolle i pasientovergangene. En deltaker uttrykte at han var glad for at han fikk denne typen omsorg, og at han var redd for å havne «mellom to stoler» om ikke. En annen deltaker beskrev at sykepleieren sørget for å informere og involvere pårørende, og at deltakeren derfor følte seg trygg og ivaretatt. Flere av deltakerne i studien beskrev å ha opplevd uønskede hendelser som resultat av for dårlig koordinasjon. Deltakerne i studien til Backman *et al.* (2018) beskrev at flere spesialister og helsepersonell var involvert i deres behandling, grunnet deres komplekse sykdomsbilde. Logistikken for å koordinere de forskjellige aspektene var derfor utfordrende, og kunne føre til flere overganger til og fra sykehuset.

Laugaland, Aase og Barach (2012) beskriver at å implementere en sykepleier med funksjon som nøkkelkoordinator sikret hensiktsmessig informasjonsutveksling- og overføring, og forbedring av kommunikasjonsflyten. På denne måten fungerte sykepleieren som et sikkerhetsnett i samhandlingen, og dette viste seg å ha en positiv innvirkning på pasienten og pleierens tilfredshet.

5.0 DRØFTING

Her vil resultatene diskuteres og drøftes opp mot forskning, faglitteratur og egne erfaringer sett i lys av et teoretisk perspektiv. Hovedfokuset vil omhandle sykepleiers yrkesutøvelse for å hjelpe oss besvare problemstillingen, som er:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?».

5.1 Sykepleierens yrkesutøvelse

Sykepleieren må sørge for hensiktsmessig informasjonsoverføring

Samhandlingsreformen har en ambisjon om å sikre gode pasientforløp og overganger preget av kontinuitet, koordinasjon og god samordning for å imøtekomme de ulike pasientenes behov (St. Meld. 47 (2008-2009)). En deltaker i studien til Backman *et al.*, (2018) beskriver at effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell i ulike sektorer var et av de få positive aspektene ved sin pasientovergang. Deltakeren relaterte dette til at hjemmesykepleieren hadde all informasjon om diagnoser, funn og behandlingen han mottok på sykehuset. Flere studier påpeker imidlertid at det er flere utfordringer knyttet til samhandlingen som svekker kontinuiteten i behandlingsforløpet. Laugaland, Aase og Barach (2012) understreker at dårlig kommunikasjon mellom pasienter, pårørende og helsepersonell, inkludert mangelfull dokumentasjon utvilsomt er en av de største hindringene ved pasientoverganger.

Mangel på informasjon og dokumentasjon vil ifølge Tingvoll og Fredriksen (2011) skape usikkerhet for sykepleiere i forhold til oppfølgingen og tjenesten som pasienten har behov for etter utskrivelse, og kan få innvirkning på hvilke behandlingstilbud pasienten tilbys. Videre kan mangelfulle opplysninger om pasientens helsemessige tilstand føre til et ugunstig beslutningsgrunnlag, noe som medfører at pasientsikkerheten svekkes, og sykepleiere får ikke utført sin rolle i tilstrekkelig grad. Spesielt vil eldre pasienter med multimorbiditet risikere å ikke få ivarettatt sine grunnleggende behov, og derav anse helsetjenesten som fragmentert (St. Meld. 47 (2008-2009)).

Informantene i studien til Brattheim, Hellesø og Melby (2016) var fornøyde med å anvende PLO-meldinger som et kommunikasjonsverktøy for å planlegge utskrivelse, og for å kommunisere med kommunen. Bruken av PLO- meldinger var godt innarbeidet i sykepleierens arbeidshverdag, og bidro til tettere samhandling på tvers av sykehus og kommune. Dersom sykepleiere på sykehuset jevnlig sendte helseopplysninger underveis i behandlingen, ble det lettere for kommunen å holde seg oppdatert på pasientens helsetilstand, og forespeile eventuelle hjelpebehov etter utskrivelse.

For at spesialisthelsetjenestens behandling skal være virkningsfull forutsettes det at kommunen følger opp med nødvendig behandling, og ytelser for at tjenesten kan anses som koordinert og sikker (St. Meld. 47 (2008-2009)). Informantene påpekte likevel at denne opplysningen og oppdateringene ikke alltid var tilstrekkelig for å utarbeide en videre plan (Brattheim, Hellesø og Melby, 2016). Både Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) og Tingvoll og Fredriksen (2011) relaterer dette til aktørenes ulike perspektiv på pasientens omsorgsbehov. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) og Backman *et al.* (2018) viser til at aktørene i spesialisthelsetjenesten ofte har fokus rettet mot pasientens medisinske tilstand og behandling, mens aktørene i hjemmesykepleien har større fokus på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Dette beskrives også i samhandlingsreformen, hvor det videre påpekes at forskjellen kan føre til samhandlingsproblemer basert på informasjonen som formidles, og hvilke problemstillinger som vektlegges (St. Meld. 47 (2008-2009)).

Det settes spørsmålstegn ved om dette skyldes faktorer som kan relateres til sykepleierens manglende kompetanse, kunnskap og forståelse av verdien ved god informasjonsoverføring. Det er betydelige individuelle ulikheter ved hva som anses som relevant informasjon, og følgelig blir det ulikheter i hvilken informasjon som kommuniseres videre til kommunen. Til tross for at spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 pålegger helsepersonell å gi opplysninger om forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten får løst sine oppgaver på en hensiktsmessig og forsvarlig måte (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999), bemerkes det at ikke alle helsemessige opplysninger overføres. Viktig informasjon om pasientens kognitive tilstand, funksjonsstatus, opplysninger om omsorgspersoner og oppfølgingsplaner mangler ofte når eldre pasienter overføres til hjemmet (Aase, 2015).

Erfaringsmessig vet vi at standardiserte helseopplysningsskjemaer er utarbeidet og implementert med gode hensikter, men at det likevel er for store rom til individuelle forskjeller

ved hvilken informasjon som blir nedtegnet og overført. Sykepleier kan oppleve å få ansvar for å utskrive en pasient en ikke har kjennskap til. Dermed må sykepleieren forholde seg til journalen for å innhente informasjon, og til tross for at helsepersonell har en grunnleggende dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven §§39 og 40, 1999) er denne ofte mangelfull, og kan dermed bidra til uhensiktsmessig informasjonsoverføring.

Sykepleiere på sykehuset kunne oftere stilt seg selv spørsmålet: *Hva hadde jeg ansett som nødvendig og nyttig informasjon om jeg overtok ansvaret for denne pasienten?* Tønnesen, Tingvoll og Kassah (2016) uttrykker hvordan samhandling forutsetter kjennskap til og forståelse av hverandres ulike situasjon. Dette støttes også av Tingvoll og Fredriksen (2011) som viser til at spesialisthelsetjenesten har manglende innsikt i kommunehelsetjenestens arbeid og rammeforhold. Dersom sykepleieren har mer innsikt i hvilken betydning det har for pasientens kvalitetsoppfatning og behandlingsforløp, samt for sykepleieren i kommunehelsetjenesten, ville informasjonsoverføringen trolig bli vektlagt i større grad enn det gjøres idag. Laugaland, Aase og Barach (2012) påpeker at det er viktig å introdusere og synliggjøre kunnskap knyttet til pasientoverganger til læreplaner ved utdanningsinstitusjoner for å sikre kompetanse om emnet.

Sykepleieren må sørge for koordinerte overganger

Som nevnt er det flere utfordringer og komponenter som gir eldre pasienter og deres pårørende en følelse av at tjenestene mangler helhet og kontinuitet. Flere deltakere i studien til Backman *et al.* (2018) forteller om å ha opplevd uønskede hendelser som et resultat av for dårlig koordinasjon. Fordi eldre skrøpelige pasienter ofte har behov for behandling på tvers av tjenestene, kan dette føre til flere overganger og flere helsepersonell involvert i deres behandlingsforløp. Logistikken for å koordinere de forskjellige aspektene anses som utfordrende, og pasientene opplever ofte at de ikke har en person i systemet som kjenner en, forstår ens situasjon og som sørger for trygghet i tjenesten (Eide og Eide, 2017).

Mange pasienter, og ikke minst pårørende, opplever at det er deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene (St. Meld. 47 (2008-2009)). Dette til tross for at alle eldre med omfattende og sammensatte behov skal ha en kontaktsykepleier med reell myndighet til å sørge for at alle involverte parter i et pasientforløp arbeider sammen (Meld. St. 15 (2017-2018)). Pårørende i studien til Backman *et al.* (2018) utdyper at de er nødt til å selv

ta ansvar for å organisere og kontrollere at alt ligger til rette for en trygg pasientovergang. Pasienter og pårørende i studien til Backman *et al.* (2018) beskriver hvordan sykepleieren utgjorde en betydelig positiv forskjell i pasientovergangene ved å påta seg en koordinerende rolle. En pasient knyttet dette direkte til økt følelse av trygghet og sikkerhet, noe som også påpekes av Laugaland, Aase og Barach (2012) som beskriver at å implementere en sykepleier med funksjon som nøkkelkoordinator bidrar til å sikre hensiktsmessig informasjonsutveksling og forbedrer kommunikasjonsflyten. På denne måten fungerer sykepleieren som et sikkerhetsnett i samhandlingen, og har en positiv innvirkning på pasienten og pleierens tilfredshet.

Sykepleieren må aktivt involvere pasienten i utskrivelsesprosessen

Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt beror på at pasientmedvirkning i størst mulig grad skal forankres i det helhetlige pasientforløpet (St. Meld. 47 (2008-2009)). Sosial- og helsedirektoratet (2005) anser det å sørge for at pasienten er involvert og har en innflytelse på egen behandling, som en forutsetning for at ytelsene er av kvalitativ karakter. Til tross for at pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 skal sikre at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), tyder forskningen likevel på at pasienter og pårørende ikke blir tilstrekkelig involvert i utskrivelsesprosessen. Bachman *et al.* (2018) finner mangelfull involvering av pasienter og pårørende ved overganger som et gjennomgående tema blant deltakerne i studien.

Når pasientens egne verdier, erfaringer, individuelle ønsker og behov ikke blir tatt hensyn til, vil det virke negativt inn på kvalitetsaspektet som beror på pasientens egne oppfatninger av den tjenesten som ytes. Spesielt eldre pasienter med sammensatte sykdommer kjenner på en form for avmakt og sårbarhet, og tap av egen selvbestemmelse i møte med helsetjenesten (Eide og Eide, 2017). Som sykepleiere har vi et særlig ansvar for å sikre at pasientens behov blir møtt, og at pasienten føler at de blir lyttet til, sett, hørt og forstått. Dermed vil sykepleieren ivareta pasientens autonomi og utvise respekt for det enkelte mennesket. Ved å rette fokuset mot pasientens individuelle behov og ønsker, vil sykepleieren også sikre at tiltakene og tjenestene vil være treffsikre, og sjansen for å oppnå god kvalitet på tjenesteinnholdet blir høyere. Laugaland, Aase og Barach (2012) fremhever også at å involvere pasient og pårørende er en faktor som uten tvil bidrar til å sikre trygge og gode pasientoverganger. Ovennevnte faktorer vil videre bidra til å sikre at alle personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt

sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, som nedfelt i formålsbestemmelsen til kvalitetsforskriften (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Sykepleieren må sørge for korrekt informasjonsutveksling til pasienten

At informasjon blir gitt, og ikke minst, hvilken informasjon som blir gitt vil trolig øke pasientens opplevelse av medvirkning og innflytelse, og derav myndighet. Backman *et al.* (2018) beskriver hvordan mangel på informasjon ved utskrivelse var en utfordring og at dette innebar både informasjon om medisiner, videre plan og behandling. Sarzynski *et al.* (2018) viser til hvordan informasjonen som blir gitt kan virke overveldende for pasienten. Dette kan relateres til at det ofte er mye viktig informasjon som blir gitt i løpet av kort tid, og at informasjonen som gis ikke er tilpasset den enkelte pasient i stor nok grad. Erfaringsmessig vet vi at pasienter kan gi uttrykk for at de har forstått informasjonen, fordi de ikke ønsker å være til bry ved å stille spørsmål, eller at de opplever at det ikke er rom til å stille spørsmål. Dette samsvarer med forskningsresultatet til Bachman *et al.* (2018) hvor en pasient har erfart å plutselig få beskjed om at han var utskrivelsesklar og derav kunne reise hjem, uten videre forklaring, informasjon og mulighet til å stille spørsmål.

Derfor tyder det på at sykepleieren må sørge for at pasienten er involvert i egen utskrivingsprosess, og at pasienten selv har innflytelse i planleggingsprosessen. Som en følge av at eldre pasienter med sammensatte sykdommer er mest utsatt for uønskede hendelser i pasientovergangene, anses det som særdeles viktig at sykepleieren sikrer at pasienten er innforstått med informasjonen og veiledningen som gis, for at den skal være virkningsfull. Forskningsresultatene er her entydige om at dette vil bidra til at pasientens myndighet vil økes og at pasienten vil oppleve å bli ivaretatt og inkludert.

Sykepleieren må bidra til pasientsikkerhet i overganger

Som nevnt er hensynet bak forsvarlighetskravet blant annet å beskytte pasienter mot unnlaterelser som innebærer unødig skaderisiko, og videre anses pasientsikkerhet som et vern mot akkurat dette. Medikamentelle avvik, og mangelfull eller manglende informasjon i legemiddellistene er som nevnt noe som ofte oppstår ved pasientoverganger. Spesielt for eldre pasienter med polyfarmasi, er dette et uttalt risikoområde hvor uønskede hendelser hyppig forekommer. Nøyaktig medisinsk informasjon skal gi sykepleier innsikt i pasientens tilstand, eventuelle

symptomer og videre bidra til sikker legemiddelhåndtering og utdeling (Aase, 2015). Dersom seponering av medisiner og endringer i medisinlisten ikke overføres tilstrekkelig, vil heller ikke sykepleier i hjemmesykepleien være i stand til å gi riktig behandling og pleie.

Forskningsresultatene til Laugaland, Aase og Barach (2012) er her entydige om den høye forekomsten og kompleksiteten av medikamentrelaterte problemer hos eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset. Studien avdekket blant annet at ansatte på sykehuset ofte misforsto pasientens medisinliste ved innleggelse, og videreførte disse til utskrivelsesrapporten. Både Sarzynski *et al.* (2018) og Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) påpeker at medisinlisten i epikrisen og medisinlisten i utskrivningsnotatet ofte ikke er samstemt. Vi har selv opplevd at pasienter kommer hjem fredag kveld uten nødvendige medisiner, og ofte med mangelfulle medisinlister. Dermed brukes det mye tid og ressurser på å samstemme medisinlisten, kontakte lege på sykehuset, og deretter håndtere problematikken med å få tak i nødvendige medisiner for at pasienten får fullført sin påbegynte medisinkur. Deltakerne i studien til Sarzynski *et al.* (2018) forteller også at det tar unødvendig lang tid å rydde opp i medisinlisten når pasienten kommer hjem fra sykehuset, og at ressursene blir brukt på en lite hensiktsmessig måte.

Det er ingen tvil om at pasientoverganger som en følge av dette vil bære preg av å være oppstykket og lite samordnet. Som et resultat vil pasientsikkerheten svekkes, og ytelsene fra de ulike partene vil ikke imøtekomme pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Laugaland, Aase og Barach (2012) viser til gode resultater ved å ta i bruk standardiserte medisinsammendrag eller sjekklister ved utskrivelse, som tar for seg alle endringer i medisineringen og årsaken til endringene. Det kan således reises innvendinger til om sykepleier kan medvirke til implementeringen, fordi dette ikke faller innenfor sykepleierens ansvarsområde på sykehuset. Derimot stiller helsepersonelloven krav til sykepleiers yrkesutøvelse, ved å blant annet sikre best mulig sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, og derav anser vi dette som nødvendig å fremheve i et ønske om å oppnå pasientsikkerhet ved pasientoverganger.

Sykepleieren må bidra til å sikre kvalitet i tjenesten

Kvalitet kan defineres som graden av samsvar mellom pasientens forventninger, krav, behov og tjenestens evne til å tilfredsstille dette (Knutstad, 2010). I og med at kvalitet vurderes ulikt avhengig av pasientens ståsted, egne verdier og oppfatninger må sykepleier ta disse faktorene til betraktning. Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) trekker frem hvordan pasienter opplever at kvaliteten på tjenesten svekkes nettopp fordi forventningene ikke samsvarer med det reelle tilbudet som gis. Dette skjer som følge av at sykepleieren på sykehuset uttaler seg om hvilke tjenestetilbud pasienten kan forvente seg fra hjemmesykepleien etter utskrivelse, uten at dette er avklart med kommunen. Sykepleieren er en av de viktigste forventningsskaperne til helsetjenesten, og må sikre at pasienten får korrekt informasjon og derav gis realistiske forventninger, for at de nevnte kvalitetsdimensjonene skal bli møtt. Videre vil det bidra til at pasientens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten vil styrkes. Som påpekt innledningsvis er dette også et overordnet formål med helsepersonelloven og følgelig overordnede formål med sykepleiers yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999).

Som tidligere nevnt er et sentralt syn bak forsvarlighetskravet å sikre at det arbeides systematisk for kvalitetsforbedring av pasient- og brukersikkerhet på både virksomhets- og individnivå. Kvalitetsarbeid har som mål å forebygge feil og uønskede hendelser, og dette er en kontinuerlig prosess. Kvalitetsarbeid skal styrke bevisstheten om sykepleierens faglige ansvar, samt sykepleierens ansvar for å utøve tjenesten ut fra forsvarlighetskravet (Knutstad, 2010). Tingvoll og Fredriksen (2011) beskriver at manglende systematisk oppfølging av avvik medfører svikt eller brudd på kvaliteten i samhandlingen. En informant i studien beskrev blant annet at å skrive avvik føles ut som bortkastet tid. Studien viser at det er usikkerhet knyttet til når de skal skrives og sendes, og at tilbakemeldinger på avvikene som faktisk sendes er manglende eller ikke blir fulgt opp. Erfaringsmessig kan dette knyttes til tidsperspektivet ved pasientoverganger. Som følge av samhandlingsreformen skal pasientene sendes til kommunen så fort som mulig, noe som bidrar til å øke risikoen for uønskede hendelser. Derav er det særlig viktig at avvik blir meldt, og at enhver sykepleier krever gode avviksordninger. Det er ikke til å legge skjul på at flere av tiltakene for å sikre gode pasientoverganger bør skje på et organisatorisk nivå, men sykepleiere har et ansvar ved å aktivt bruke avviksmeldinger for å synliggjøre uønskede hendelser slik at kvaliteten kan forbedres.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med studien var å undersøke og belyse hvordan sykepleier kan bidra til å sikre pasientoverganger av kvalitativ og pasientsikker karakter. Problemstillingen vår formuleres slik:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?»

For eldre pasienter med sammensatte sykdommer er pasientoverganger et særlig sårbart ledd i pasientforløpet. Det kreves et sett av handlinger kombinert for at overgangene kan anses som trygge og sikre når pasienten overføres mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Selv om flere tiltak bør iverksettes på et organisatorisk nivå, kan sykepleier bidra til å sikre trygge overganger ved å ha kunnskap om hvilken informasjon som er nyttig og vesentlig for den andre aktøren for å sikre hensiktsmessig informasjonsoverføring. Ved å gi persontilpasset informasjon og sørge for brukermedvirkning vil tjenesten være kvalitativ og treffsikker, og bidra til økt pasientsikkerhet. Enhver sykepleier bør ha tilstrekkelig kunnskap om viktigheten av god samhandling, og bruke sin mulighet til å bidra til kvalitetsutvikling ved å aktivt ta i bruk avvikssystem ved uønskede hendelser. Sammenlagt vil dette bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.

6.1 Praktiske implikasjoner

Ut ifra resultatene i studien kan det være fordelaktig å implementere en sykepleier med en koordinerende funksjon. Med alle ansvar- og arbeidsoppgaver tilknyttet en sykepleier på sengepost, er det ikke til å komme unna at det er tidkrevende å sikre trygge pasientoverganger, særlig etter de tiltak vi har presentert i studien. Funnene våre understøtter at sykepleier med en koordinerende funksjon vil bidra til å ivareta pasientsikkerheten og kontinuitet i pasientforløpet. Virksomheten bør videre legge til rette for utskrivelsesmøter med kommunen når pasienten har store sammensatte behov, for å sikre at pasienten får den oppfølging og behandling som er tilpasset pasientens hjelpebehov og ønsker. Obligatoriske E-læringskurs om samhandling og verdien av de ulike elementene kan implementeres i både spesialist- og primærhelsetjenesten. På denne måten sikrer man i større grad at alt helsepersonell har samme grunnlag og kompetanse innen feltet. Det kan også diskuteres, sett ut ifra våre resultater, at viktigheten av samhandling mellom flere aktører bør i større grad implementeres i utdanningen av helsepersonell.

7.0 LITTERATURLISTE

Aase K. (2015) *Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger: Pasientsikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 129-140.

Backman, Chantal. B, Marck, Patricia. Cho-Young, Danielle. Crick, Michelle. (2018) Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions, *BMC Health Services Research* 18, s. 482. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>

Bjerkan, A.M., Holmboe, O. og Skudal, K.E. (2014) *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013* (PasOpp-rapport 2/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-20132.pdf> (Hentet 13.Mars 2020)

Brattheim, B.J., Hellesø, R., Melby, L. (2016) Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune, *Sykepleien forskning*, 11 (1), s. 26-33. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56830

Eide, H og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (Hentet 19. Mai 2020)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 20.Mai 2020)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenestelover m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet 19.Mai 2020).

Helsedirektoratet (2016) *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk: Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse%20og%20omsorgstjenester.pdf/_/attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf (Hentet 19.Mai 2020)

Knutstad, U. (2010) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe AS

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommune og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet 24.Mai 2020).

Laugland, K., Barach, P., og Aase, K. (2012) Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence, *Work*, 41 (1), s. 2915-2924. doi: [10.3233/WOR-2012-0544-2915](https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915)

Meld. St.15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1> (Hentet 15.Mars 2020).

Meld. St. 11 (2018-2019) (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/> (Hentet 23. Mai 2020).

NOU 2005: 3 (2005) *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 20. Mai 2020)

Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Fitzpatrick, L., Houdeshell, L., Given, C., Brooks, K. (2018) Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care, *Geriatric nursing*, 40 (3), S. 277-283. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.11.001

Sosial- og helsedirektoratet (2005) ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf (Hentet 20.Mai 2020)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet 20. Mai 2020)

St. Meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (Hentet 12. Mars 2020).

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

Thønnessen, S., Kassah, B.L.L., Tingvoll, W. (2016) Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten, *sykepleien forskning*, 11 (1), s.14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496

Tingvoll, W, Fredriksen, S.D. (2011) Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold—en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieledere i kommunen, 31 (3), S. 40-44. doi: [10.1177/010740831103100309](https://doi.org/10.1177/010740831103100309)

