



Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen

Coordination of care and information sharing when elderly patients move between different health and care services on the municipal level

Maren Sogstad

Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning øst, Institutt for helsevitenskap i Gjøvik, NTNU

maren.sogstad@ntnu.no

Marianne Skinner

Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning øst, Institutt for helsevitenskap i Gjøvik, NTNU

Sammendrag

Bakgrunn: En økende spesialisering i kommunale helse- og omsorgstjenester har ført til at eldre i større grad beveger seg mellom ulike tilbud i kommunen. For å ivareta pasientsikkerheten er informasjonsoverføring mellom tjenestene viktig. I denne artikkelen studerer vi systemet som er i sving for å sikre informasjonskontinuitet når pasienter flytter mellom ulike tilbud i kommunen.

Metode: Data ble samlet ved observasjon i korttidsavdelinger, intervju i hjemmetjenesten og innhenting av relevante dokumenter. Det ble gjennomført kvalitativ induktiv innholdsanalyse med fokus på informasjonshåndteringssystemet, og deretter en deduktiv innholdsanalyse med resiliensperspektiv.

Resultat: Det gjøres et omfattende informasjonsarbeid knyttet til overføring av eldre fra ett tilbud til et annet i kommunen. Arbeidet er knyttet til samling, supplering, retting, siling og oversetting av informasjon. Rammen for dette arbeidet er gitt av formelle strukturer, men uformelle strukturerer er en viktig støtte i det daglige arbeidet.

Konklusjon: Informasjon formidles langs en skriftlig og en muntlig kommunikasjonslinje. Informasjonskontinuiteten oppleves som god av de ansatte, og deres kompetanse og selvstendighet er en viktig bærebjelke i utvikling av et resilient helsesystem for overføring av eldre pasienter.

Nøkkelord

pasientsikkerhet, samhandling, informasjonskontinuitet, resiliens i helsetjeneste.

Abstract

Introduction: Due to increased specialisation in the municipal health and care services, elderly patients move more frequently between different care services on the municipal level. To secure patient safety, the transfer of patient information between services is important. This article studies the system put in place to secure information continuity when patients move between different care services.

Method: Data were collected during observation in short-term units in nursing homes, and through interviews with home care personnel and collection of relevant documents. First, an inductive qualitative content analysis focusing on the information system was carried out, followed by a deductive content analysis with a resilience perspective.

Results: Comprehensive work related to information sharing is undertaken when elderly people move from one service to another. The work relates to gathering, supplementing, correcting, filtering and translating information. The work is framed by formal structures, but additional informal structures act as an important support in the everyday work of health care personnel.

Conclusion: Information is shared both in a written and in an oral line of communication. Information continuity is reported by employees as satisfactory. Employees' competence and capacity to work independently are important in developing a resilient health care system for transfers of elderly patients.

Keywords

Patient safety, coordination of care, information continuity and resilience in health care

Hva vet vi allerede om dette emnet:

- Samhandling mellom ulike tjenestetilbud er et sårbart punkt i pasientforløpet
- God informasjonsflyt er viktig for å ivareta pasientsikkerheten
- Helse- og omsorgstjenestene utgjør et komplekst sosio-teknisk system. Denne kompleksiteten er utfordrende når en skal produsere gode og trygge tjenester

Hva tilfører denne studien:

- Viser det omfattende informasjonsarbeidet som utføres når pasienter flytter mellom ulike kommunale tilbud
- Synliggjør strukturelle rammer som er viktig for å understøtte dette informasjonsarbeidet
- Ved å benytte et resiliensperspektiv viser vi hvordan ansattes kompetanse og selvstendighet, sammen med de strukturelle rammene, er viktig for å sikre gode overganger for eldre

Innledning

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene kjennetegnes av en økende grad av spesialisering (Sogstad, Hellesø & Skinner, 2020). Økt spesialisering innebærer at pasienter med behov for tjenester i tiltagende grad beveger seg mellom ulike tjenestetilbud på det kommunale nivå. Overganger mellom ulike tjenester er kjent å være et sårbart punkt i pasientforløpet (Waring, et al., 2014). For å ivareta pasientsikkerheten i disse overgangene er informasjon og informasjonsoverføring viktige faktorer (Olsen, Østnor, Enmarker & Hellzèn, 2013).

Overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har vært fokus i en rekke studier. Det er imidlertid manglende kunnskap om hvordan samhandling og informasjonsflyt fungerer når pasienter beveger seg mellom ulike tjenester på kommunalt nivå. I denne artikkelen studerer vi hvilke systemer kommunene har for sikker og god informasjonsgenerering og informasjonsflyt når eldre flytter fra et tilbud til et annet, og hvordan de ansatte i tjenestene agerer i dette systemet når eldre pasienter flytter mellom ulike omsorgstilbud i kommunen. Konseptet resiliens (fra engelsk *resilience*, norsk oversettelse: motstandskraft, robusthet, fleksibilitet) benyttes for å diskutere i hvilken grad det identifiserte systemet er egnet for å ivareta pasientenes sikkerhet i overføringer.

Samhandling og informasjonsflyt i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten har i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) et helhetlig ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til personer som har behov for slike tjenester. I henhold til loven skal tjenestetilbudet være helhetlig og koordinert. Dette innebærer også et ansvar for å sikre gode overganger mellom ulike tjenester i pasientforløpet. Et pasient-

forløp i kommunehelsetjenesten kan omfatte en rekke ulike tjenester som fastlegetjenester, fysioterapi- og ergoterapitjenester, hjemmetjenester og ulike typer opphold i sykehjem og hjemmetjeneste (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017). Gjennom de siste tiårenes reformer har kommunene stadig fått økt ansvar for å yte tjenester (Tingvold & Romøren, 2016). Det økte ansvaret har ført til utvikling av et spekter av spesialiserte tjenester tilpasset ulike brukergrupper og ulike behov (Sogstad, Hellesø & Skinner, 2020). Denne spesialiseringen har også ført til et mer oppstykket pasientforløp for eldre, noe som gjør det vanskeligere å oppnå god samhandling (Grimsmo, Løhre, Røsstad, Gjerde, Heiberg & Steinsbekk, 2016).

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten plikter å dokumentere gitt helsehjelp i henhold til Pasientjournalloven (2014). I henhold til loven skal dokumentasjonssystemet understøtte pasientforløpet gjennom å sikre at relevante og nødvendige opplysninger om brukerne er tilgjengelig på en rask, effektiv og sikker måte. I kommunehelsetjenesten benyttes det elektroniske systemer for pasientjournal, men med ulike leverandører og noe ulik oppbygning og funksjonalitet (Moen, Hellesø & Berge, 2008).

Men til tross for gode intensjoner i lovverket oppleves samhandling og overganger mellom ulike tjenester som utfordrende (Waring et al., 2014; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015; Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold, & Grimsmo 2013; Dale & Havik, 2013). Fokus på gode overganger har blitt et viktig område for å forbedre pasientsikkerheten (Laugaland, Aase & Barach, 2011). Et viktig element i å sikre gode overføringer og kontinuitet mellom ulike tilbud er at ansatte har informasjon om tidligere hendelser og personlige omstendigheter tilgjengelig for bruk, slik at de kan tilpasses og yte hensiktsmessige tjenester (Haggerty et al., 2003; Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Manser & Foster, 2011). At nødvendig informasjon er tilgjengelig, avhenger av et godt system for informasjonshåndtering, der helsepersonell samler, organiserer og formidler brukernes behov og status (Arbaje, Hughes & Werner, 2019).

Studier har vist at både et godt og systematisk dokumentasjonssystem, så vel som muntlig informasjonsutveksling mellom ulike aktører i kommunehelsetjenesten, er viktig for å få dette til (Kassah & Tønnessen, 2016). Skriftlig dokumentasjon har imidlertid vist seg i mange tilfeller å være ufullstendig og usystematisk (Ostensen, Bragstad, Hardiker & Hellesø, 2019; Gjevjon & Hellesø, 2010), noe som kan føre til feil og at tjenester ikke blir tilpasset brukernes behov. For helsepersonell på mottakersiden fører mangelfull informasjon til frustrasjon og ekstra tid brukt for å samle informasjon som de opplever som nødvendig for å kunne planlegge og tilrettelegge videre tjenester (Danielsen & Fjær, 2010). Ofte er det sykepleiere som i stor grad må ta på seg rollen som koordinator og samle nødvendig informasjon og formidle denne videre til aktuelle samarbeidsparter (Melby, Obstfelder & Hellesø, 2018). Studier fra sykehus har vist at sykepleiere gjør denne jobben som en integrert del av sin praksis (Allen, 2014). En slik praksis medfører at informasjonskontinuiteten i stor grad blir avhengig av individene i systemet.

Forskning i ulike kliniske settinger har vist at selv om overføring mellom ulike tjenester er et sårbart punkt for pasientsikkerheten, er det også et viktig punkt for evaluering, med mulighet for å oppdage og minske konsekvensen av feil (Manser, 2010). På den måten blir overganger et toegget sverd, der det er økt fare for at feil kan skje, samtidig som det gir gode muligheter for å oppdage uregelmessigheter. Overføringene kan altså være et viktig element i helsetjenestens evne til å tilpasse og omstille seg – det vil si dens resiliens.

Resiliens i helsetjenesten

Resiliens er opprinnelig et begrep fra fysikken som beskriver systemers robusthet, eller evnen til å gjenvinne sin opprinnelige form når det blir utsatt for støt. For eksempel vil en sprettball

ha høy grad av resiliens og gjenvinne sin runde form straks etter et støt, mens for eksempel en bil vil være varig deformert etter en kollisjon. I psykologien beskriver resiliens psykologisk motstandskraft, «de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger», at man er robust (Store norske leksikon, 2019). På samme måte vil resiliente arbeidssystemer ha en bedre evne til å håndtere endringer og uforutsette hendelser og lykkes med å levere gode og trygge tjenester (Hollnagel, 2014).

Resiliens er et forskningsfelt i stadig utvikling, og har de senere årene befestet seg som en egen tilnærming for å forstå hvordan helsetjenestene kan levere høy kvalitet (Ellis et al, 2019). Forskning på resiliens i helsetjenester har i stor grad tatt utgangspunkt i mindre, lokale studier med ulike tilnærminger (Iflaifel et al 2020). En ser nå behov for å videreutvikle dette for i større grad å kunne se på helsesystemet som en helhet, og nye modeller og rammeverk utvikles for å studere dette (Berg, Akerjordet, Ekstedt, Aase 2018, Anderson, Ross, Macrae, Wiig, 2020).

Helse- og omsorgstjenestene utgjør en kompleks organisasjon av pasienter, helsepersonell, ulike enheter og ulike typer teknologi og verktøy, og kan beskrives som et sosio-teknisk system. Å skulle produsere gode og trygge tjenester i et slikt komplekst system er utfordrende, særlig når økonomiske og ressursmessige rammer setter begrensninger (Anderson, 2016). Når ansatte erfarer manglende samsvar mellom oppgaver og ressursene de forvalter, fører dette til at det skjer tilpasninger, snarveier og innovasjoner, slik at arbeidet slik det utfolder seg i praksis, skiller seg fra beskrivelser i protokoller og rutiner. Denne ulikheten har vært sett på som en fare for sikkerhet og kvalitet, men kan i realiteten medføre både positive og negative konsekvenser for kvaliteten (Anderson, 2020). For å kunne utvikle resiliente helsetjenester som utnytter de mulighetene som oppstår, er det derfor viktig å forstå hvordan helsesystemene fungerer, og ikke bare hvordan de feiler (Hollnagel, Braithwait & Wears, 2018). Resiliens i helsetjenester endrer på denne måten fokus i forbedringsarbeid fra «hva gikk galt?» til «hvorfor får vi det til?» (Hollnagel, 2014). Synet på arbeid og tiltak for å forbedre pasientsikkerheten endres da fra den tradisjonelle reaktive tilnærmingen som fokuserer på feil, til en mer proaktiv tilnærming der en ser ansatte som en viktig brikke for å unngå at feil skjer.

Resiliens i helsesystemer beskriver hvordan mennesker lærer og tilpasser seg for å skape sikkerhet i komplekse systemer som har mangler, sprikende målsetninger og ulike farer for at feil begås (Cook, Render & Woods, 2000). Tjenestenes resiliens kan defineres som deres evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike nivå i systemet for å opprettholde høy kvalitet i tjenestene (egen oversettelse fra Wiig et al, 2020). Resiliens representerer menneskelige og organisatoriske ressurser som samvirker for å løse et problem, støtte læring eller utvikle ny praksis (Wiig et al., 2020). For å kunne utvikle resiliente tjenester er det viktig å ha en forståelse for hva som skal til for å utløse disse mekanismene.

Resiliens finnes på ulike nivå i tjenestene: 1) det individuelle nivået som handler om individenes kognitive kunnskapsbase og deres refleksjon og kommunikasjon rundt bekymringer for pasientsikkerheten, 2) det mikroorganisatoriske nivået som handler om gruppedynamikk, tydelig ledelse, samhandling og tilbakemeldinger, og 3) det makroorganisatoriske nivået som dreier seg om hele organisasjonen og dens tilnærming til sikkerhet (Jeffcott, Ibrahim & Cameron, 2009; Anderson, 2020). På denne måten er resiliensperspektivet en systembasert tilnærming for å forstå hva som skal til for å opprettholde pasientsikkerhet under pressede situasjoner og situasjoner i endring.

I helse- og omsorgstjenestene er det mange feil som fanges opp og håndteres før de får følger for pasienter og brukere av tjenestene. Men vi har lite kunnskap om hvilke arbeidssystemer som er i sving, og de prosessene som fører til at feil blir oppdaget og håndtert i

tide. Økt kunnskap om hvordan arbeidssystemene fungerer, kan ha en positiv innvirkning på hvordan vi overvåker, tilpasser og håndterer feil, og kan føre til forbedret pasientsikkerhet (Jeffcott, Ibrahim & Cameron 2009).

I denne artikkelen benytter vi oss av perspektivet resiliens i helsetjenester for å få økt kunnskap om hva som bidrar til god samhandling mellom ulike helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Artikkelen har til hensikt å: 1) presentere systemet for informasjonshåndtering i den kommunale konteksten; 2) beskrive hvordan helsepersonell agerer i dette systemet for å forhindre feil og mangler; og 3) diskutere om systemet er resilient.

For å diskutere nærmere hvordan informasjonshåndteringssystemet utgjør et resilient system for overføring av pasienter fra korttidsavdeling i sykehjem til hjemmetjenesten, tar vi utgangspunkt i et rammeverk videreutviklet av Jeffcott, Ibrahim og Cameron (2009). Dette rammeverket består av syv kjerneprinsipper for resiliente helsetjenester: forpliktelse fra ledelsen (*top-level commitment*), rapporteringskultur (*just culture*), læringskultur (*learning culture*), bevissthet (*awareness*), beredskap (*preparedness*), fleksibilitet (*flexibility*) og gjennomsiktighet (*opacity*). Hollnagel (2018) har også introdusert et likende rammeverk bestående av fire prinsipper: å forutse, monitorere, respondere/agere og lære. Det har vært mye anvendt for å studere resiliens i helsetjenester, spesielt i akuttenheter. Jeffcott et al.s rammeverk er imidlertid tilpasset og tidligere anvendt for analyse av informasjonssystemer, så derfor valgte vi å benytte dette. Detaljert informasjon om metode og analyse blir presentert i følgende avsnitt.

Metode

Artikkelen bygger på en kvalitativ casestudie der data ble samlet i tre kommuner. Kommunene var strategisk valgt for å representere kommuner med høy grad av spesialisering i tjenestene, for å kunne studere informasjonshåndtering når eldre flytter mellom de ulike tilbudene. Siden vi ønsket å studere kommunale overganger, valgte vi å ta utgangspunkt i kommunale korttidsavdelinger, der overflytting av pasienter skjer hyppig. Informasjon ble slik innhentet fra korttidsavdelingen, men de ansattes beskrivelser omfattet informasjonsutveksling med alle deler av tjenesten når eldre flyttet inn og ut av korttidsavdelingen. Datainnsamlingen var inspirert av Actor–network theory (Latour, 1987) og hadde fokus på aktører (både mennesker og teknologi) som inngikk i informasjonshåndteringssystemet. Vi observerte hvordan informasjon om pasienter ble fremskaffet, dokumentert og formidlet når pasienter flyttet fra enheten og til andre tilbud i kommunen, i de fleste tilfeller tilbake til eget hjem med hjemmetjeneste. Det ble utviklet en åpen observasjonsguide med fire temaer: informasjonsgenerering, bruk av dokumentasjonssystemet, informasjonsutveksling internt på avdelingen og informasjonsutveksling med andre aktører. Videre hadde vi fokus på de formelle systemene som aktørene agerte innenfor. Data ble samlet i seks korttidsavdelinger fordelt på tre kommuner. Se tabell 1 for oversikt over inkluderte kommuner og beskrivelse av de ulike avdelingene.

Tabell 1 Oversikt over inkluderte avdelinger

	Avdeling 1	Avdeling 2	Avdeling 3
Kommune 1	Spesialisert korttidsavdeling, delt i enhet for lindrende behandling og enhet for rehabilitering	Dedikerte korttidsplasser i langtidsavdeling, fokus på rehabilitering	Dedikerte korttidsplasser i langtidsavdeling generelle opphold
Kommune 2	Korttidsavdeling, delt i en enhet for rehabilitering og to enheter for generelle korttidsopphold		
Kommune 3	Spesialisert korttidsavdeling, delt i enhet for lindrende behandling, enhet for somatikk og KAD-enhet	Korttidsavdeling, delt i enhet for rehabilitering og enhet for generelle korttidsopphold	

Det ble gjennomført metodetriangulering der data ble samlet gjennom deltagende observasjon i de seks avdelingene, totalt 143 timer. Observasjonen ble foretatt i fellesarealer, i all hovedsak på vaktrom hvor PC, tavler, permer og lignende var plassert. Videre ble det som en del av observasjonen gjennomført samtaler med ansatte for å få bedre forståelse av deres praksis og innblikk i deres refleksjoner knyttet til ulike handlinger i informasjons-håndteringsprosessen. Disse var ikke strukturerte intervjuer, men spontane samtaler der de forklarte og utdypet sin praksis på bakgrunn av våre observasjoner. Vi hadde ikke direkte innsyn i pasientopplysninger, men spurte når vi for eksempel så en sykepleier sette seg ved PC-en: «Hva gjorde du nå?». Vi ba dem forklare prosessen, hvilken type informasjon de håndterte, og hvordan. Da vi ankom avdelingen første gang, gjennomførte vi en samtale med avdelingsleder der hun beskrev informasjonsprosessen når en ny pasient ble skrevet inn i avdelingen, under oppholdet og når pasienten ble overført til nytt kommunalt tilbud. Samtalene gav et inntrykk av pasientflyt og informasjonshåndtering i avdelingen og fungerte som et bakteppe for å forstå praksisen i avdelingen. Vi ba også om å få utlevert skriftlig materiale i form av prosedyrer og andre dokumenter som var relevant for avdelingens informasjonsarbeid.

For å undersøke opplevelsen av informasjonshåndteringsprosessen blant mottakere av pasienter fra korttidsenhetene ble det gjennomført intervju med personale i hjemmetjenesten. Vi bad om å få intervju personer som var involvert i mottak av nye pasienter fra de seks korttidsavdelingene, og opprettelse av tiltak og etablering av nye eller endrede hjemmetjenester for brukerne. I to av kommunene var dette soneledere i hjemmetjenesten, mens i den siste kommunen var dette personer i hjemmetjenesten som hadde mottak av pasienter som en særskilt beskrevet oppgave. Det ble totalt gjennomført 7 intervjuer i hjemmetjenesten, hvorav tre var gruppeintervju med henholdsvis 2 og 3 deltagere. Intervjuene var åpne og tok utgangspunkt i spørsmålet «Kan dere beskrive informasjonsprosessen når en pasient blir overført fra et annet tilbud i kommunen til(bake) til hjemmetjenesten?». Fokus for intervjuet var praksis knyttet til informasjonshåndtering og erfaring med informasjonskontinuitet når pasienter flytter mellom ulike kommunale tilbud. Data ble samlet i perioden fra januar til juni 2018.

Om korttidstilbudene

Noen av korttidstilbudene vi gjorde observasjon i, var spesialisert til ulike pasientgrupper: rehabilitering, lindrende omsorg, somatikk og kommunal akutt døgnetthet (KAD). De øvrige var avdelinger med generelle korttidsopphold. I avdelingene var det vanlig med 3–4 ansatte på dagvakt (ulike kombinasjoner av sykepleier og helsefagarbeider) til 6–8 pasienter. I tillegg var det i de fleste tilfeller god tilgang til lege og fast legevisitt én til to ganger per uke. Flere av avdelingene, særlig de med fokus på rehabilitering, hadde også fast tilknyttet ressurs som ergoterapeut og fysioterapeut. Vedtak om korttidsopphold ble ofte fattet for perioder på to uker, men i mange tilfeller ble dette forlenget, ofte på ukentlig basis i lange perioder. I avdelingene vi observerte, var det tilfeller der personer med behov for langtidsplass i sykehjem eller omsorgsbolig hadde lange opphold i korttidsavdelingen i påvente av ny plass.

Dataanalyse

Det ble tatt notater fra observasjon og samtaler med ansatte fortløpende. På slutten av dagen ble notatene gjennomlest, utfylt og renskrevet. Alle intervjuer ble transkribert ordrett. Etter første runde med observasjon og intervjuer ble analysen påbegynt slik at temaer som dukket frem i analysen, kunne utforskes videre i neste runde med observasjon. Kodingen ble gjort i to faser. I fase én leste vi først gjennom alle data og gjorde oss godt kjent med datagrunnlaget. Så ble tema knyttet til informasjonssystemet identifisert og kodet med tekstnære koder, i henhold til konvensjonell induktiv kvalitativ innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005).

I fase to så vi nærmere på resiliens i det identifiserte systemet for informasjonshåndtering. Der benyttet vi styrt (deduktiv) kvalitativ innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005) og kodet dataene i henhold til Jeffcott, Ibrahim og Camerons (2009) syv kjerneprinsipper for resiliente helsesystemer. Resultatene fra resiliensanalysen presenteres i tabell 3 og danner utgangspunkt for drøftingen av informasjonshåndteringssystemet som et resilient helsesystem.

Etiske vurderinger

Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), med prosjektnummer 57024. Ansvarlig leder i kommunens helse- og omsorgstjeneste i hver kommune ga samtykke til deltagelse i studien og oppgav kontaktperson(er) i sykehjem og hjemmetjeneste som skulle bistå med å koordinere datainnsamlingen. Lederne i de inkluderte avdelingene informerte sine ansatte om studiens formål og hva som var fokus i våre observasjoner, og vi delte ut informasjonsskriv ved ankomst. Det ble ikke innhentet skriftlig samtykke fra ansatte. Ansatte hadde mulighet for å reservere seg mot å delta; i slike tilfeller ville ikke observasjoner knyttet til vedkommende bli notert. De fikk også informasjon om muligheten for å trekke seg på et senere tidspunkt, men alle ønsket å delta, og ingen har senere ønsket trekke seg. De ansatte informerte videre alle aktuelle brukere om studien og hvorfor vi var til stede i avdelingen. Alle data ble notert i anonymisert form, der hverken navn på avdelinger, ansatte eller pasienter kom frem i observasjonsnotatene. Intervjuer med hjemmetjenesten ble tatt opp på bånd. Opptakene ble slettet etter transkribering, og all informasjon ble anonymisert før transkriptene ble lagret.

Resultater

Informasjonshåndteringssystemet

Rammene for informasjonshåndtering var gitt av formelle strukturer, der dokumentasjonssystemet og pasientjournalen utgjorde ryggraden i informasjonshåndteringen. Ulike prosedyrer, sjekklister og faste møter var formalisert for å sikre kvalitet og genererte nødvendig

informasjon om pasienten. Samtidig ble dette supplert med mer uformelle strukturer, både uformelle møtepunkt og uformelle informasjonskanaler.

Informasjonsarbeidet under korttidsoppholdene var omfattende. For de fleste eldre pasientene var fokuset å avklare, stabilisere og rehabilitere fysisk funksjon, slik at personen kunne vende tilbake til eget hjem. Utskrivning utgjorde en kompleks prosess, som krevde samarbeid mellom en rekke ulike aktører, både internt på sykehjemmet og andre tilgrensende tjenester som hjemmetjeneste, tildelingskontor, fastlege og hjelpemiddelsentral. Dette innebar en kjede av informasjonsgenererende hendelser for å følge opp, vurdere, avklare og beslutte videre tjenesteforløp.

Helsepersonellens handlinger var drivkraften i informasjonssystemet. Ansatte trakterte et sammensatt system med en rekke informasjonskilder for å legge til rette for behandling, vurdering, involvering og samhandling. De håndterte et stort volum av informasjon og viste en omfattende og fortløpende innsikt i avdelingens pasienter. Det var stort fokus på dokumentasjon, og det ble stadig referert til anvendelse av dokumentasjonssystemet. Samtidig viste deres daglige praksis at andre, lettere tilgjengelige informasjonskilder ble hyppig brukt i hverdagen. Dette inkluderte skriftlige kilder som 1) «lommelappen» (rapport-ark) som inneholdt kortfattet informasjon om inneliggende pasienter, og som ble benyttet for å notere oppgaver, observasjoner og lignende i løpet av arbeidsdagen, 2) «svarteboka» som inneholdt informasjon om kommende gjøremål, 3) tavle som ga en rask oversikt over pasienter i avdelingen, 4) «legevisittboken» hvor det ble notert spørsmål og observasjoner som ansatte ønsket å ta opp i forbindelse med legevisitt, og 5) gule lapper som formidlet korte beskjeder mellom ansatte.

Den daglige dokumentasjonen var i stor grad knyttet til tiltakene som var blitt opprettet for de respektive brukerne. Det var samtidig fokus på at dokumentasjonen skulle være kort, konkret og nyttig. Som en sykepleier uttrykte:

«Om ikke det er noe spesielt skriver jeg ikke noe. Jeg syntes det er viktig at informasjonen vi skriver skal være nyttig for de som kommer etter. Ikke mye vits å skrive lange epistler om det ikke er noe særskilt å rapportere» (Sykepleier avdeling 1 i kommune 1)

Ved behov ble dokumentasjonssystemet benyttet for å få innsikt i pasienter og hendelser, men ofte ble dette formidlet muntlig, enten gjennom rapporten eller gjennom mer uformelle samtaler mellom ansatte. Korttidsavdelingene vi besøkte, var delt i mindre enheter med fast tilknyttet personell. Det gjorde at det i de aller fleste tilfeller var minst én ansatt til stede i avdelingen som også hadde vært på jobb dagen før. Dette sikret god informasjonsflyt og oversikt, og gode muligheter for å oppklare usikkerhet eller spørsmål.

Informasjonsflyt ved overføring av pasienter

Når det nærmet seg overføring av pasienter til andre tilbud i kommunen, var det fokus på at journalen skulle være oppdatert. Det ble også skrevet en overføringsrapport. Den var gjerne tverrfaglig; særlig gjaldt dette rehabiliteringsavdelinger. Pasientene hadde i de fleste tilfeller en primærkontakt på avdelingen som hadde hovedansvar for at rapporten ble skrevet. Samtidig ble det utvist stor fleksibilitet rundt primærkontaktordningen; var ikke primærkontakten på jobb, tok noen andre over primærkontaktens oppgaver. Primærkontaktene uttrykte å ha god oversikt over «sine» pasienter, og i mange tilfeller kunne de skrive overføringsrapporter ut fra eget hode, og kun sjekke opp mot journalen om det var konkrete målinger eller annet de var usikre på. Som en sykepleier sa:

«Jeg skriver fra hodet. Har som oftest god oversikt over mine pasienter. Dem følger jeg jo litt ekstra med, så da har jeg oversikt over det meste» (sykepleier avdeling 1, kommune 2)

Selve overføringen bestod av en rekke koordinerte aktiviteter som sørget for at både infor-

masjon og den praktiske organiseringen var på plass. Dette illustreres i følgende utdrag fra observasjonsnotatene:

«En pasient skal reise, sykepleier har bestilt drosje, snakket med pårørende og avtalt med hjemmesykepleien når de skal komme innom og hva de skal følge opp. Det er laget overføringsrapport i Geric. På sykehjemmet er det legevisitt på torsdag. Det ble bestemt fredag at pasienten skulle reise hjem, de har derfor ikke klar epikrisen som skal sendes til fastlegen når pasienten reiser. Sykepleier sender da en e-link med litt info og oppdatert medisinliste til legen.» (Observasjon avdeling 2 kommune 1)

Når pasienter ble overført fra ett tilbud til det neste, foregikk en rekke handlinger knyttet til informasjonen som ble mottatt, både skriftlig og muntlig: De ansatte både samlet, supplerte, rettet, silte og oversatte informasjon. Disse handlingene er forklart nærmere i tabell 2.

Tabell 2 Ansattes handlinger knyttet til informasjon mottatt ved pasientoverføringer

Aktivitet	Beskrivelse
Samle	Informasjon ble samlet gjennom å delta på samarbeidsmøte, lese journal fra sykehjemmet, overføringsrapport, vedtak, epikrise fra sykehuset og meldinger fra sykehuset. Formålet var å få oversikt over hva brukeren trengte hjelp til, som utgangspunkt for å opprette tiltak.
Supplere	Ved behov ble det innhentet ytterligere informasjon, som oftest via telefon eller meldinger. Men ved fysisk nærhet var korte treffpunkt også vanlig.
Rette/oppdatere	Om det ble oppdaget endringer eller informasjon som ikke stemte overens, ble dette avklart og rettet opp.
Sile	Vedkommende med ansvar for å ta imot brukeren silte hvilken informasjon som var essensiell for videre oppfølging i hjemmetjenesten. De silte vekk informasjon som ikke ble vurdert som viktig for tjenestene som skulle ytes.
Oversette	Personen som tok imot brukeren, oversatte informasjonen, ved å tydeliggjøre hvordan mottatt informasjon kunne forstås i hjemmetjenestens kontekst og utformet tiltak for brukeren i henhold til brukerens behov og tilpasset hjemmetjenestens kontekst.

Ansattes opplevelse av informasjonsflyt

Generelt viste dataene at helsepersonell, både i korttidsavdelingene og hjemmetjenesten, opplevde informasjonsflyten mellom ulike kommunale tilbud som god. Til tross for den komplekse strukturen som utgjorde rammen for informasjonshåndteringen, uttrykte de ansatte høy grad av aksept for systemet. De mange ulike informasjonskildene ansatte forholdt seg til i sin daglige praksis, ble uttrykt som virkemidler for å lette arbeidet, og ble derfor ikke oppfattet som utfordrende eller provoserende. Det var dog en viss motstand mot dokumentasjonssystemet, som opplevdes som noe tungvint og i for liten grad strukturert og tilrettelagt som en støtte i arbeidet. Samtidig uttrykte de ansatte en aksept for at det var noe de måtte forholde seg til, og gjøre det beste ut av. Det var et stort fokus på dokumentasjonskvalitet; flere av korttidsavdelingene hadde dette som satsningsområde, og de ansatte var stolte av det dokumentasjonsarbeidet de gjorde.

Gjennom intervjuene fremkom det et generelt bilde av at ansatte i hjemmetjenesten i de tre kommunene var fornøyd med informasjonen de fikk fra korttidsavdelingen når eldre ble overført til hjemmetjenesten. Fokuset når pasienten kom til hjemmetjenesten var å finne ut hva personen trengte hjelp til, og opprette tiltak i henhold til dette. Når pasienten kom fra korttidsavdeling i sykehjem, opplevde ansatte i hjemmetjenesten at informasjonen var lett tilgjengelig i dokumentasjonssystemet. Som en sykepleier sa: «Nei, alt ligger der, alt ligger

inne i Gerica. Så lenge de har vært på sykehjem så ligger jo alt der, skannede epikriser, journalnotater og alt skal jo ligge inne» (sykepleier i hjemmetjenesten kommune 1).

Gjennom å lese gjennom journalen og overføringsrapporten fra tiden på sykehjemmet fikk de god oversikt over pasienten. I mange tilfeller var det også et samarbeidsmøte som oppklarte eventuelle uklarheter, og ellers var også telefon eller ansikt til ansikt-kommunikasjon vanlig for å bekrefte eller oppklare opplysninger. Som en sykepleier sa:

«Samarbeidet med hjemmetjenesten er bra, mye foregår elektronisk, men jeg liker å ta en telefon i tillegg. Liker at vi har snakket sammen at behov er avklart og alt tilrettelagt. Er jo egentlig tildelingskontoret som fatter vedtak og tar kontakt med hjemmetjenesten, men jeg liker å være sikker på at alt er i orden» (sykepleier avdeling 2 kommune 1).

Er det identifiserte informasjonssystemet resilient?

Resultatene fra den deduktive analysen basert på de syv prinsippene for resiliens (Jeffcott et al., 2009) viser at prinsippene i stor utstrekning er integrert i systemet som håndterer overføring av eldre pasienter mellom ulike tjenester i kommunen (se tabell 3).

Forpliktelse fra ledelsen vises gjennom at lederne for avdelingene er tett knyttet til avdelingens aktivitet. Leder selv, eller delegert ansvarshavende (koordinator, fagsykepleier e.l.) er involvert i informasjonssystemet og deltar på beslutningsmøter. Dette gir gode muligheter for innsikt i utskrivnings-prosessen og kunnskap om informasjonsflyten og dens styrker og svakheter. Kommunene har også faste møter, én til to ganger i året, der de møtes på tvers av tjenestesteder for å diskutere utfordringer og muligheter i samhandling og pasientflyt. Videre synes enhetene å ha en sunn *rapporteringskultur*, der de ansatte gir uttrykk for stor takhøyde og gode muligheter for å gi beskjed ved utrygghet. Når det oppstår konkrete hendelser, som for eksempel manglende informasjon ved overføring, sendes det avvik i kommunenes kvalitetssystem. De ansatte diskuterer generelt mye rundt både enkeltpasienter, rutiner og arbeidssystem. Dette gir et godt grunnlag for både å håndtere og avverge feil. Det danner også et godt utgangspunkt for *organisatorisk læring*. Avdelingene har stort fokus på informasjon knyttet til pasientene. Derimot samles det lite systematisk informasjon i avdelingen som kan benyttes til økt *bevissthet* og for å vurdere kvaliteten på tjenestene på en systematisk måte. Evaluering synes i stor grad å bygge på direkte tilbakemeldinger. Flere av avdelingene hadde imidlertid hatt fokus på dokumentasjonskvalitet, der ledere systematisk hadde gått gjennom dokumentasjon for å vurdere kvalitet og satt i gang opplæring, oppfølging og andre tiltak for å heve dokumentasjonskvaliteten. Denne typen aktivitet synes imidlertid å være prosjektbasert heller enn kontinuerlig.

Avdelingene synes å ha god *beredskap* med en ledelse som er aktiv og tett på. Bemanning og kompetanse planlegges for lengre perioder, men vurderes også på daglig basis ved fravær og lignende. Informasjon om pasienter er lett tilgjengelig, og fordeling av oppgaver er godt kjent i avdelingen, noe som gjør overføring av oppgaver mellom ansatte enkelt. Helsepersonell i avdelingene har høy kompetanse, hvilket gir et godt utgangspunkt for *fleksibilitet*. De både uttrykker seg og agerer med stor grad av autonomi. Det synes å være en etablert kultur for å løse uforutsette hendelser, og ved behov mobiliseres ressurser for å løse problemer som oppstår. Dette kan være ved flytting av personell, tilkalling av nødvendig kompetanse eller utvidede vakter (overtid) i enkelttilfeller der det er behov for det. Ved endrede behov hos pasienten, eller manglende tilrettelegging hjemme, synes det også å være fleksibilitet knyttet til forlengelse av opphold i sykehjemmet. Ansatte i tjenestene opplever stadig å få nye oppgaver og ansvar, noe som gir økt press, særlig i hjemmetjenestene. Dette kan føre til dårlig *gjennomsliktighet*, der oppgaver skyves nedover i systemet uten at økt arbeidsmengde i til-

strekkelig grad blir synliggjort. Samtidig uttrykker ansatte at de er forberedt på perioder med økt arbeidsmengde og at de jobber for å være forberedt når det skjer. Dette bidrar til å opprettholde god gjennomsliktighet. For å sikre kvaliteten utvikles rutiner, prioriteringer og arbeidssystemer med utgangspunkt i dagens situasjon.

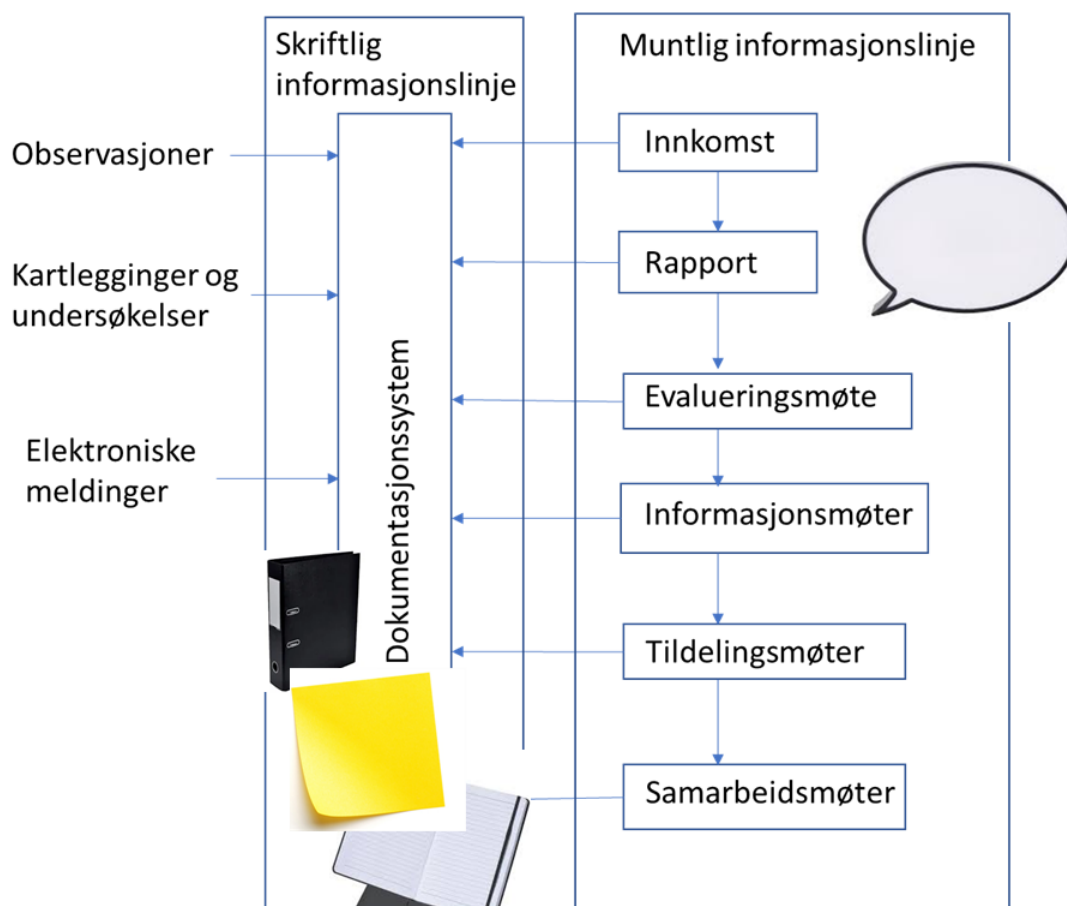
Tabell 3 Resiliensanalyse av systemet for overføring av pasienter fra sykehjem til hjemmetjenester

Prinsipp for resiliens	Forklaring	Eksempler fra datamaterialet
Forpliktelse fra ledelsen	Ledelsen viser at de er villig til å sette forhold relatert til ansattes praksis på dagsordenen	+ «Leder deltar i møter og diskusjoner i avdelingen. Hun er også med på beslutningsmøter på kommunalt nivå» (Observasjon avdeling 1 kommune 1). + «Vi har faste møter, én til to ganger i året, der de møtes på tvers av tjenestesteder for å diskutere utfordringer og muligheter i samhandling og pasientflyt» (Leder avdeling 1 kommune 2).
Rapporteringskultur	Støtter rapportering av hendelser og bekymringer oppover i systemet	+ «Vi opplever noen ganger at det mangler informasjon, da skriver jeg avvik på det» (Leder avdeling 1 kommune 2). + «De ansatte diskuterer og deler mye informasjon om pasientene seg imellom og med ledere og andre aktører i ulike møter» (Observasjon avdeling 1 kommune 1).
Læringskultur	Avdelingen tar tak i uønskede hendelser og sørger for reparasjon og endring, og ikke benektelse	+ «Vi har lang morgenrapport, diskuterer oss gjennom pasientene og det som har skjedd siden i går for å planlegge dagen og gjøre nødvendige endringer» (Sykepleier avdeling 1 kommune 1).
Bevissthet	At man samler informasjon som synliggjør kvalitet i arbeidet for avdelingens ledere	+ «Jeg er veldig opptatt av dokumentasjon og vi har mye fokus på det» (Leder avdeling 1 kommune 2). - «Nei, jeg tror ikke jeg har ikke oversikt over pasientflyten, kan kanskje finne noe i Gerica» (Leder avdeling 1 kommune 1).
Beredskap	Avdelingen vurderer fortløpende utfordringer knyttet til menneskelig ytelse og er forberedt på utfordringer	+ «På morgenen er det felles rapport de går gjennom hver pasient, fordeler ansvar for rom, og ser i svartboka på dagens avtaler.» (Observasjon avdeling 1 kommune 3). + «Det er ofte det kommer folk med utstyr eller prosedyrer, da må vi jo bare kaste oss ut i det, og vi fikser det alltid, vi gjør det altså» (Sykepleier i hjemmetjenesten kommune 3). + «Men, vi leser rapportene også. Når de andre har dratt ut så leser vi gjennom rapporten fra siste døgn, slik at vi er oppdatert» (Soneleder hjemmetjenesten kommune 3).
Fleksibilitet	Mulighet for avdelingen til å tilpasse seg nye eller komplekse problemer på en måte som gjør det mulig å løse dem.	+ «Avdelingen vår har høy kompetanse vi har 80% sykepleiere og 20 % hjelpepleiere, nesten alle med videreutdanning» (Leder avdeling 1 kommune 3). + «Ansatte i enhetene er opptatt av å ta i et tak, sitter svært lite rolig. Om det er rolig med pasienter kaster de seg på andre oppgaver.» (Observasjon avdeling 1 kommune 1)
Gjennomskinnelighet	Avdelingen er bevisst på økonomi og arbeidsmengde for å sikre at kvaliteten opprettholdes.	+ «Vi jobber jo også hele tiden med å se på hva vi skal gjøre. Vi vet jo at disse toppene kommer, så vi må hele tiden tenke igjennom, hva gjør vi, hvorfor og skal vi gjøre dette.» (Hjemmetjenesten kommune 2)

Kilde: Tilpasset fra Jeffcott et al., 2009 (kolonne 1 og 2); data fra observasjonsstudien (kolonne 3).

Diskusjon

Vår analyse synliggjør informasjonshåndteringssystemet som et komplekst system der det hyppig forekommer behov for at helsepersonell gjør tilpasninger og innovasjoner som beskrevet i resilienslitteraturen (Wiig et al., 2020). Systemet fremstår som to parallelle linjer: én linje for skriftlig og én for muntlig informasjonsflyt. Begge linjer inkluderer både formelle og uformelle strukturer som til sammen utgjør arbeidssystemet for informasjonsgenerering og informasjonsdeling når eldre pasienter skrives ut fra korttidstilbud i sykehjem til hjemmetjeneste eller langtids plass på sykehjem. Dokumentasjonssystemet utgjør ryggraden i den skriftlige informasjonslinjen, mens etablerte møtestrukturer er ryggraden i den muntlige informasjonslinjen. Disse formelle strukturene blir supplert med uformelle informasjonskanaler som ulike permer, notatblokker og gule lapper i den skriftlige informasjonslinjen, mens uformelle samtaler både ansikt til ansikt og på telefon er viktige i den muntlige informasjonslinjen. Selv om den muntlige informasjonslinjen fortløpende bidrar til skriftlige bidrag i dokumentasjonssystemet, som pilene i figur 1 viser, har også den muntlige informasjonen sitt eget parallelle løp. Mens skriftlig dokumentasjon er kort og konkret, og ofte direkte knyttet til pasientens tiltak, er den muntlige informasjonen mer fyldig og i større grad preget av vurderinger, meninger og spørsmål. Tidligere forskning har også vist hvordan sykepleiere opplever at noen former for informasjon er lettere å dokumentere enn andre, og at den muntlige informasjonen på denne måten kan være et viktig supplement til den mer formelle skriftliggjorte informasjonen (Hellesø & Sogstad, 2019; Kassah & Tønnessen, 2016).



Figur 1 Skriftlig og muntlig informasjonsflyt i og mellom ulike tjenester i kommunehelsetjenesten.

Den muntlige informasjonslinjen gir også større mulighet for diskusjon, avklaringer, tilpasninger og gjensidig forståelse av situasjoner. Samtidig synliggjør denne sterke muntlige tradisjonen hvordan ansatte i stor grad driver et usynlig koordineringsarbeid for å legge til rette for daglig praksis og drift i avdelingen, og samle tråder og koordinere overføringer mellom tjenester. Dette koordineringsarbeidet er tidligere dokumentert i sykehus (Allen, 2014).

Vår analyse av informasjonshåndteringssystemet viser at flere av overføringstiltakene, kjent for å sikre gode overføringer (Laugaland, Aase & Barach, 2012), er integrert i systemet. Dette gjelder både rutiner og sjekklister, og ikke minst møtepunkter, der ansatte, både internt på avdelingen og på tvers av tjenester, går igjennom situasjonen for pasienter som skal overføres. Våre funn indikerer at utskrivning fra sykehjem er en langsommere prosess enn utskrivning fra sykehus. Denne «forsinkelsen» synes å gi bedre muligheter for en god informasjonshåndteringsprosess. Pasientene som ble skrevet ut fra korttidsavdelingene vi besøkte, ble av de ansatte i hjemmetjenesten også oppfattet som tydeligere avklart enn pasienter som kommer fra sykehus. Samtidig syntes terskelen for å forlenge korttidsoppholdet ved behov, som ved manglende avklaringer, endret behov eller manglende nødvendige hjelpemidler, å være lav. I sum viser dette gode rammer for å lykkes med overføring av pasienter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen.

Er dette et resilient helsesystem?

Resultatene viser at prinsippene for resiliente helsetjenester i stor utstrekning er integrert i systemet som håndterer overføring av eldre pasienter mellom ulike tjenester i kommunen. Prinsippene gjenspeiler i stor grad organisasjonens tilnærminger til sikkerhet på makronivå, der systemer og strukturer for å ivareta pasientsikkerheten, er sentrale. Samtidig viser resultatene hvordan disse systemene er avhengig av kulturen på arbeidsstedet og gruppedynamikken mellom ansatte og mellom ansatte og ledere, på mikronivå, for å informere systemer og prosesser på makronivå. Våre data viste at det på ledelsesnivå i liten grad systematisk samles erfaringer som brukes videre i organisatorisk læring. Det å lære fra erfaring er poengtert som en viktig forutsetning for å utløse resilienspotensialet i organisasjonen, og henger i stor grad sammen med de øvrige seks prinsippene for resiliens (Jeffcott et al., 2009), så vel som Hollnagels (2018) prinsipper *forutse, monitorere og respondere/agere*.

Til gjengjeld synes det å være en sterk muntlig tradisjon, der utfordringer og erfaringer diskuteres og læring og utvikling skjer i en nedefra og opp-prosess. Korttidsavdelingene i sykehjem kjennetegnes av høy bemanning og høy kompetanse. De ansatte fremstår som trygge på seg selv og sin kompetanse, og tar selvstendige avgjørelser i situasjoner som krever dette. Gjennom sin praksis viser de at de tar stort ansvar for tjenestene de leverer, og gir uttrykk for å ha innflytelse og kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Også ansatte i hjemmetjenesten uttrykker denne tryggheten og er i sin arbeidssituasjon helt nødt til å kunne agere selvstendig og å fatte egne beslutninger. Dette stemmer godt overens med funnene i en studie som studerte sykepleieres rolle i medikamenthåndtering på sykehjem (Odbeg, Hansen & Wangensten, 2019), som viste at sykepleierne både kompenserer og er fleksible og tilpasningsdyktige i sitt daglige arbeid.

Denne kompetansen og selvstendigheten som vises på individnivå, kan slik sees som selve bærebjelken i det resiliente helsesystemet for overføring av eldre pasienter mellom ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen, der ansatte har en viktig rolle i formidling av erfaringer og bekymringer for å sikre organisatorisk læring og utvikling av tjenestene. Dette kan tyde på at systemet tilfredsstiller kravet om nødvendig kompetanse, ressurser og fleksibilitet for å takle uforutsette hendelser (Braithwaite, Wears & Hollnagel, 2016). Samtidig skal en være forsiktig med å overføre individers resiliens til systemnivå (Berg et al., 2018), da vi fore-

løpig ikke har god nok forståelse av hvordan slike mekanismer fungerer på tvers av nivåer (Rigi, Saurin & Wach, 2015).

Vi har i vår artikkel valgt å fokusere vår resiliensanalyse på Jeffcott et al.s (2009) syv prinsipper for resiliens, men kunne på mange måter like gjerne benyttet Hollnagels (2018) rammeverk, som er mye brukt i resilienslitteraturen. Det er en stor grad av overlapp mellom de to, og prinsippene som defineres av de ulike forfatterne, dekker mye av de samme konseptene. Hollnagels «forvente» tilsvarer i stor grad gjennomsliktighet og beredskap, «monitorere» matcher bevissthet og beredskap, «respondere/agere» handler om fleksibilitet og læringskultur, og «lære» tilsvarer forpliktelse fra ledelsen samt rapporterings- og læringskultur. Således er det rimelig å anta at vår analyse hadde vist at prinsippene for resiliente helsetjenester er integrert i kommunenes informasjonshåndteringssystem for overføring av pasienter også om vi hadde benyttet oss av Hollnagels (2018) rammeverk i stedet for Jeffcott et al.s (2009).

Studiens styrker og svakheter

Denne studien er blant de første som studerer samhandling mellom ulike kommunale tilbud, med fokus på informasjon. Den kan bidra til innsikt for praksisfeltet og bidra til refleksjon over systemet og dets styrker og svakheter.

Studien bygger på data samlet fra korttidsavdelinger og i hjemmetjenesten i tre kommuner. Dette betyr at data og perspektiver fra andre kommuner og andre aktører i kommunehelsetjenesten, eksempelvis tildelingskontor, fastlege og langtidsavdelinger, ikke er inkludert. Dermed kan ikke studiens funn nødvendigvis generaliseres til hele informasjonssystemet i kommunen, ei heller til alle kommuner.

Konklusjon

Artikkelen viser det omfattende informasjonshåndteringssystemet som er i sving når pasienter beveger seg mellom ulike helse- og omsorgstilbud. Systemet består av både formelle og uformelle strukturer, der ansatte opplever de uformelle strukturene som en viktig støtte i sin daglige praksis. Samtidig viser resultatene hvordan både skriftlig og muntlig informasjon er viktig gjennom hele informasjonsprosessen for å sikre god informasjon, felles forståelse og tilpassede tjenester til pasienter og brukere. Videre viser artikkelen hvordan ansattes kompetanse og selvstendighet, sammen med en åpen og støttende kultur for å diskutere erfaringer og utfordringer, er bærebjelken for å bygge et resilient helsesystem rundt overføring av eldre pasienter mellom ulike tilbud i kommunehelsetjenesten.

Artikkelen er en del av prosjektet CrossCare Old finansiert av Norges Forskningsråd, Prosjekt-kode: 256644.

Vi takker avdelinger og ansatte i kommunehelsetjenesten som åpent tok i mot oss og bidro med informasjon til studien.

Referanser

Referanser

- Allen, D. (2014). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*. Taylor & Francis Ltd.
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Back, J., Duncan, M., Snell, P., Walsh, K. & Jaye, P. (2016). Implementing resilience engineering for healthcare quality improvement using the CARE model: a feasibility study protocol. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(61). <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0103-x>
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Macrae, C. & Wiig, S. (2020). Defining adaptive capacity in healthcare: A new framework for researching resilient performance. *Applied Ergonomics*, 87, 103111. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103111>
- Arbaje, A. I., Hughes, A., Werner, N. et al. (2019). Information management goals and process failures during home visits for middle-aged and older adults receiving skilled home healthcare services after hospital discharge: a multisite, qualitative study. *BMJ Qual Saf*, 28(2), 111–120. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008163>
- Berg, S. H., Akerjordet, K., Ekstedt, M. & Aase, K. (2018). Methodological strategies in resilient health care studies: An integrative review. *Safety Science*, 110, 300–312. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.08.025>
- Braithwaite, J., Wears, R. L. & Hollnagel, E. (2016). *Resilient health care, volume 3: Reconciling work as imagined and work as done*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Cook, R. I., Render, M., & Woods, D. D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 791–794. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.791>
- Dale, B. & Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (6), 379–389. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S51947>
- Danielsen, B. V. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 28–34. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0021>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom* (Oppsummering nr. 5). <http://hdl.handle.net/11250/2449882>
- Ellis, L. A., Churrua, K., Clay-Williams, R., Pomare, C., Austin, E. E., Long, J. C., Grødahl, A. & Braithwaite, J. (2019). Patterns of resilience: A scoping review and bibliometric analysis of resilient health care. *Safety Science*, 118, 241–257. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.044>
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of clinical nursing*, 19(1-2), 100-108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- Grimsmo, A., Kirshhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12. <http://hdl.handle.net/11250/2433316>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 78–87. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 22(327), 1219-21. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det – sykepleieres refleksjoner om sin egen journalføring. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315607511>
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: the Past and Future of Safety Management*. Ashgate Publishing Ltd London.
- Hollnagel, E. (2018). *Safety-II in Practice. Developing the Resilience Potentials*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315201023>
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. & Wears, R. L. (2018). *Delivering Resilient Health Care* (Vol. 4). Taylor & Francis.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Iflaifel, M., Lim, R. H., Ryan, K. et al. (2020). Resilient Health Care: a systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience. *BMC Health Serv Res*, 20, 324. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05208-3>
- Jeffcott, S. A., Ibrahim, J. E. & Cameron, P. A. (2009). Resilience in healthcare and clinical handover. *Qual Saf Health Care*, 18(4), 256-260. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.030163>
- Kassah, B. L. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342-358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Harvard University press.
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve Patient Safety in Transitional care – A review of the evidence. *Work, a journal of prevention, assessment and Rehabilitation*, 41(Suppl. 1), 2915-2924. <https://doi.org/10.3233/wor-2012-0544-2915>
- Laugaland, K. A., Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing risk factors for transitional care of the elderly – a literature review. In S. Albolini, S. Bagnare, T. Bellani, J. Llana, G. Rosal & R. Taraglia (Red.), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient safety*. CRC Press.
- Manser, T. & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvements efforts. *Best Practice Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.006>
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). «We Tie Up the Loose Ends»: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Glob Qual Nurs Res*, 5. <https://doi.org/10.1177/2333393618816780>
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering* (Nurses' Recording: Documentation and Information Management). Akribe.
- Naylor, M. & Keating, S. A. (2008). Transitional Care. *Journal of Social Work Education*, 44(suppl.3), 65-73. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.773247714>
- Nordberg, M. (2015). Innleggelsesrapport utfordrer sykepleiekontinuiteten. *Sykepleien*, 103(2), 50-53. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2015.0003>
- Odberg, K. R., Hansen, B. & Wangensten, S. (2019). Medication administration in nursing homes: A qualitative study of the nurse role. *Nursing Open*, 6(2), 384-392. <https://doi.org/10.1002/nop2.216>
- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I. & Hellzèn, P. O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), 2964–2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>
- Ostensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care-A web-like landscape. *Journal of clinical nursing*, 28(13-14), 2706-16. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>

- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>
- Righi, A. W., Saurin, T. A. & Wachs, P. (2015). A systematic literature review of resilience engineering: Research areas and research agenda proposal. *Reliability Engineering and System Safety*, 141, 142–152. <https://doi.org/10.1016/j.res.2015.03.007>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 121. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Sogstad, M. & Hellesø, R. (2017). New care service landscape-challenging integrated care. *International journal of integrated care*, 17(5), A18. <http://doi.org/10.5334/ijic.3319>
- Sogstad, M., Hellesø, R. & Skinner, M. S. (2020). The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178632920922221>
- Tingvold, L. & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling* (Senter for omsorgsforskning, rapportserie (5/2015). <http://hdl.handle.net/11250/301423>
- Waring, J., Marshall, F., Bishop, S. et al. (2014). An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Serv Deliver Res*, 2(29). <https://doi.org/10.3310/hsdr02290>
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S. et al. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Serv Res*, 20, 330. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>