

Vibeke Kleve
Martine Strømme

Hvilke konsekvenser kan redusert liggetid på sykehus ha for pasienten?

8595 ord

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes

Mai 2020



Vibeke Kleve
Martine Strømme

Hvilke konsekvenser kan redusert liggetid på sykehus ha for pasienten?

8595 ord

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

Forord:

Vi vil med dette takke vår veileder Rigmor Einang Alnes for god
veiledning og støtte.

Også en takk til våre familier, venner og nære som har støttet oss i
vårt arbeid med denne bacheloroppgaven.

Innhold

1 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Hensikt med oppgaven	3
1.3 Presisering av problemstilling.....	4
1.4 Oppbygging og organisering av oppgaven	4
2 Teori	5
3 Metode	9
3.1 Forskningsartikler.....	9
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	9
3.2.1 Databaser og søkeord	10
3.2.2 Kvalitetsvurdering	11
3.2.3 Etske vurderinger	11
3.3 Analyse.....	11
4 Resultat.....	13
4.1 Effektivisering av sykehusopphold	13
4.2 Kortere liggetid gir færre komplikasjoner	14
4.3 Pasientens erfaringer med kort liggetid	15
4.4 "Effektiv" omorganisering av eldre pasienter.....	15
5 Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Resultatdiskusjon	17
5.3 Helsetjenester av beste kvalitet?	18
5.3.1 Koordinering, samhandling og kontinuitet for å sikre gode pasientforløp	18
5.3.2 Påvirkes kvaliteten på helsetjenestene av kort liggetid?.....	19
5.3.3 Empowerment- hva kan pasientene bidra med?.....	22
5.3.4 Komplikasjoner og forlenget sykehusopphold	23
6 Konklusjon.....	24
7 Litteraturliste	25

1 Innledning

I løpet av praksisperioden har vi gjort oss mange refleksjoner. Noe vi har reflektert mye over er de grunnleggende prinsipper for å utøve sykepleie. Det var spesielt praksisstedets store fokus på utskrivelse som fikk oss til å tenke. Vi fikk inntrykket av at utskrivelsesprosessen skulle være i gang før pasienten hadde fått plassert seg skikkelig i sengen på avdelingen. Det virket som om sykehuset hadde et produksjonsperspektiv, og at pasientens situasjon ble litt "gjemt" bak samlebehandlingseffekten. Bacheloroppgaven ser på faktaene bak utviklingen av reduksjon i liggetid på sykehus, og fordyper seg i temaet med kritisk blikk.

Når en pasient ble lagt inn på sykehus i 1989, var gjennomsnittlig liggetid 7,5 dager. På 27 år kan vi se en utvikling i liggetiden med en reduksjon på totalt 3,3 døgn. Det vil si at i 2016 var den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus nede i 4,2 døgn (SSB, 2017). Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og har siden da bidratt til å redusere liggetiden i sykehus ytterligere. Helsedirektoratets analyse viser at reformen har bidratt til økning i reinnleggelser som følge av reduksjonen i liggetid. En rapport basert på analysen viser hvor mange pasienter over 67 år som ble reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse. Mellom 2010-2014 ble det avdekket liten, men signifikant, økning i totale reinnleggelser. Det påpekes gjennom rapporten at økningen nødvendigvis ikke gjenspeiler redusert kvalitet i pleien og omsorgen, men at faktorer som organisatoriske og demografiske forhold i kommunene må belyses i sammenheng med unødvendige innleggelser (Kristoffersen, Hansen, Tomic & Helgeland, 2017, s.6).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omstendighetene rundt utskrivning ble starten for valget av tema for oppgaven. I praksisperioden ble det skrevet et refleksjonsnotat hvor det ble diskutert hvordan avdelingens utskrivningskultur var, og studenten som utarbeidet oppgaven ble oppfordret av praksislærer til å vurdere å bruke reduksjon i liggetid som tema på bacheloroppgaven. De ansatte på avdelingen var interessert i hvilke tema vi skulle ha på bacheloroppgaven og det ble blandede reaksjoner da de fikk høre om vårt tema. Det skapte diskusjon blant de ansatte, hvor omstendighetene rundt utskrivning ofte ble forsøkt forsvart. Dette gjorde at studentene som skriver bacheloroppgaven sammen ble ytterligere engasjert og interessert i å utdype temaet mer gjennom bacheloroppgaven.

1.2 Hensikt med oppgaven

Gjennom denne oppgaven belyser vi hvilke konsekvenser reduksjon i liggetid kan ha. Vi mener det er naturlig å skrive oppgaven fra et pasientperspektiv siden risikofaktorer rundt rask utskrivelse vil i størst grad påvirke pasienten.

1.3 Presisering av problemstilling

Hvilke konsekvenser kan redusert liggetid på sykehus ha for pasienten?

1.4 Oppbygging og organisering av oppgaven

Hvert kapittel starter med en kort oppsummering av hva kapitlet skal handle om. I kapittel 2 legger vi frem teoridelen av oppgaven. Kapittel 3 beskrives metoden for hvordan forskningsartiklene ble funnet. I kapittel 4 presenteres resultatene fra forskningen vår. I kapittel 5 diskuteres forskningen opp mot faglitteratur og teori. Til slutt muner oppgaven ut i en kort konklusjon i kapittel 6.

2 Teori

Nå presenteres teoridelen av oppgaven. Vi har valgt dette teorigrunnlaget fordi det vektlegges i artiklene. I tillegg består mye av teorigrunnlaget vårt av tema som omhandler pasientenes situasjon. Vi har tatt med slike temaer for å fremheve hvordan pasientene selv kan brukes som ressurser under og etter et sykehusopphold.

2.1 Empowerment

Ved å aktivisere pasienten som en aktiv deltaker ved behandling av sykdom og skade får pasienten en medvirkning i sin egen helse. Sykepleieren kan styrke pasientens ressurser, som egenomsorg, noe som bygger videre muligheten til å fremme helse, livsutfoldelse og livskvalitet. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som et helsefremmende arbeid som hjelper selve mennesket til å maksimere kontroll over faktorer som påvirker deres egen helse. Mestringsevnen økes ved empowerment og vil dermed styrke selvkontroll, selvfølelse, kunnskap og ferdigheter (Nordtveit, 2019, s. 32-33).

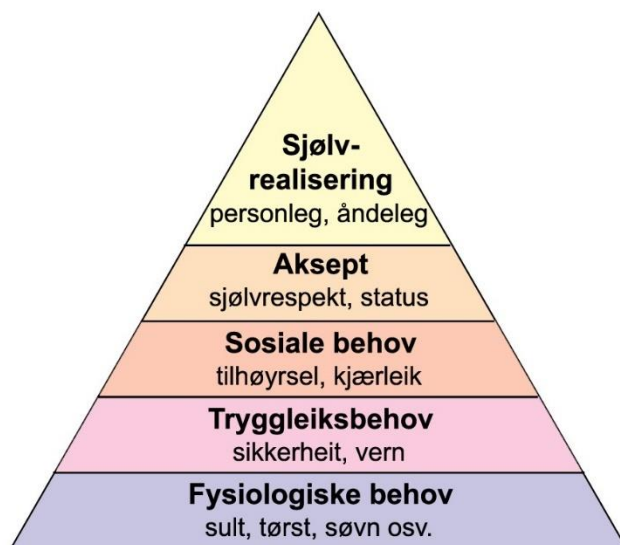
2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning betyr at tjenestetilbudet som ytes til en pasient eller bruker skal så langt det er mulig tilrettelegges for at tjenestemottaker skal kunne medvirke i sin egen helse. Dersom det lar seg gjøre skal helsetjenesten pasienten benytter seg av utformes i samarbeid mellom pasient og tjenesteyter. For at medvirkning skal være mulig, er det viktig at tjenesteyter gir pasienten informasjon for å gi han eller hun innsikt i helsetilstand og hva helsehjelpen inneholder. Det vektlegges at pasientens synspunkter og meninger skal komme frem, slik at den enkelte blir tilbudt helsetjenester som er av god kvalitet og tilpasset deres behov (Helsedirektoratet, 2018).

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1, 2020).

2.3 Abraham Maslow behovspyramide

I teorien til den humanistiske psykologen Abraham Maslow, har han beskrevet menneskets behov som en hierarkisk oppbygd pyramide. For at øverste nivå av pyramiden skal kunne oppnås, mener Maslow at de andre behovene må tilfredstilles først. Det skilles mellom mangelbehov og vekstbehov. De mest grunnleggende er drikke og søvn som blir etterfulgt av trygghet (Thorsen, 2011, s. 110). Maslows behovspyramide framhever viktigheten av å ivareta de grunnleggende behovene hos den syke. Mange kjente teoretikere bruker den for å identifisere behovene hos et menneske, og den har en viktig plass i grunnleggende teori rundt helsefag (Thorsen, 2011, s. 113).



CC-BY-SA-4.0 Opphav: Bjørn Norheim

2.4 Kari Martinsen- omsorgsteori

Kari Martinsen forteller om omsorg som et grunnleggende fenomen som tilhører menneskets eksistens og samhandling, noe som også er grunnlag for god sykepleie. Omsorg består av fellesskap, solidaritet, forståelse, ekte holdning og uegennyttig gjensidighet (Kristoffersen, 2015, s.250-251). Omsorg defineres som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte ved å skape relasjon med pasienten. Martinsen gjør sykepleierne om til talsperson med solidaritet for de svake. Med dette blir sykepleierne en del av *pårørende* til pasientene. Kjennetegnene til omsorg er engasjement, innlevelse, gode moralske og faglige vurderinger, og holistiske grunnholdninger. Den yrkesmessige omsorgen kjennetegnes ved aktiv handling for pasientens beste. Det er *den* måten sykepleieren møter pasienten på og som er fundamentet i sykepleierens holdninger (Kristoffersen, 2015, s.251).

Martinsens omsorgsteori tar avstand til egenomsorgstenkningen. Dette består av uavhengighet og funksjonsdyktighet. (Kristoffersen, 2015, s.252). Martinsen mener sykepleien kan deles inn i to ulike kategorier: vekstomsorg hvor resultat innen bedret funksjon og uavhengighet er fokuset, og vedlikeholdsomsorg som omhandler pleietrengende personer som ikke er i stand til å gjenopprette fullstendig selvstendig funksjon. Hun anklager moderne sykepleie for å ha for stort fokus på vekstomsorg, og for lite fokus på vedlikeholdsomsorg. De nevnte betegnelsene er grunnmuren i Martinsens omsorgsteori hvor hun bygger sin teori rundt at yrkesmessig omsorg bør primært handle om de svakeste og mest pleietrengende menneskene (Kristoffersen, 2015, s.252).

2.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en reform som kan beskrives som en koordinering- og retningsreform. Reformen skal gi helhetlige og mer forebyggende helsetjenester hvor brukermedvirkning og bærekraftig utvikling vektlegges. Gjennom økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemiddel skal kommunene få et større behandlingsansvar og tjenestene skal tilbys nærmere der folk bor. Et annet viktig punkt i reformen er god samhandling mellom sykehus og kommune for at reformen skal ha den ønskelige effekten på helsetjenestene som tilbys (Grimsmo, 2015).

Samhandlingsreformen som ble innført i januar 2012 har endret sykehusoppholdet fordi undersøkelser, behandling og utskrivelse skal skje raskere. Reformen ble innført for å sikre bærekraftig helse- og omsorgstjenester. Det kommer tydelig frem at endringene i pasientenes liggetid på sykehus kan settes i sammenheng med samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen gjør at kommunene tar over behandlingen av sykere pasienter tidligere i sykdomsforløpet enn før reformen ble innført. Nå trenger pasientene i kommunene mer kompleks pleie og har større behov for observasjon (Sletner & Halvorsrud, 2020, s.1). På grunn av samhandlingsreformen har liggedøgn på sykehuset blitt redusert og det skal gi mulighet for et bredere behandlingstilbud i primær- og kommunehelsetjenesten.

2.6 Postoperative komplikasjoner

Etter kirurgiske inngrep er det en rekke komplikasjoner som kan oppstå, som vi kaller postoperative komplikasjoner. Risiko for postoperative komplikasjoner varierer ut ifra alder og helsetilstand av personen som skal opereres. Kronisk syke pasienter har større risiko, mens hos yngre og friske personer er risikoen relativt liten (Berntzen, Almås, Gran Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Eide, 2016, s.314). Postoperative komplikasjoner kan ha konsekvenser for funksjonene til lunger, det kardiovaskulære, nyrer, lever, det endokrine, ernæringsstatus, aktivitet, søvn og hvile, psykisk stress, motivasjon og mental status (Berntzen et al, 2016, s.314).

2.7 Delirium

Delirium kan forekomme av fysiske og psykiske belastninger før og etter operasjon, opplevelsen av akutt og/eller kritisk sykdom fører til en akutt forvirringstilstand. Det er en sammensatt årsak til denne tilstanden, da de utløsende faktorene omfatter både fysiske, psykososiale og miljømessige forhold. De fysiske kommer som følge av alvorlig sykdom og skade, kirurgiske, medisinske tiltak og komplikasjoner med medikamentell behandling. Det går inn på sentralnervesystemet og svekker hjernens evne til å tolke og bearbeide informasjon som gjør at faren for utvikling av delirium oppstår (Stubberud & Grønseth, 2017, ss. 71-72).

2.8 Pasientsikkerhet

I norske helseinstitusjoner skjer uønsket eller utilsiktede hendelser som følge av feil i behandling eller undersøkelser. Dette fører til negative konsekvenser i form av skader eller dødsfall som kunne vært unngått (Frich, 2019). Årsaken til slike hendelser er kvalitetssvikt. En kvalitetssvikt oppstår på grunn av kommunikasjonssvikt, mangelfull opplæring, miljøfaktorer som støy og urolighet, dårlig utstyr, kompetansemangel etc. Pasientsikkerhet dreier seg om å sikre god kvalitet samt forhindre, forebygge og begrense konsekvenser som oppstår av uønskede hendelser (Frich, 2019). Som forebyggende tiltak ble det utviklet et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram "*I trygge hender 24-7*". Programmet består av et stort utvalg av innsatsområder som det er ønskelig at det skal arbeides med for å forhindre uheldige hendelser innen (Frich, 2019). Noen eksempel på innsatsområdene pasientsikkerhetsprogrammet har er forebygging av urinveisinfeksjon, forebygging av fall, tidlig oppdagelse av sepsis, trygg kirurgi m.fl. (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

3 Metode

Vår oppgave er basert på forskning vi har funnet gjennom systematisk litteratursøk samt noen håndsøk i relevante tidsskrifter. Videre har vi arbeidet lenge med vår problemstilling for at denne skal gjenspeile på best mulig måte hva vi vil få frem i oppgaven vår.

3.1 Forskningsartikler

Artiklene vi bruker består av tre kvalitative og fem kvantitative artikler.

Kvantitative metoder har som fordel at de gir data i form av målbare enheter som tall, noe som gir oss muligheten til å kalkulere resultatet av forskningen som er utført. Kvalitative metoder baserer seg på mening og opplevelse, og det innhentede materialet gir ikke mulighet til å beregne resultatet med enheter eller tall. Ved å forske og samle resultater skapes en forståelse av samfunnet vi lever i. Og hvordan mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2018, s. 52). Forholdsvis er forskjellen mellom disse metodene måten forskerne samler inn data på, men begge metodene bærer preg av hverandres måte å presentere data på. Forskere som bruker kvantitative metoder kan beskrives som "tellere" mens de som bruker kvalitative metoder betegnes som "tolkere" (Dalland, 2018, s. 53).

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I startfasen gjennomførte vi forskjellige søk for å finne ut hvilke treff som var relevant til oppgaven vår. Fordi oppgaven vår spesifikt handler om helsevesenet i Norge, har vi valgt artikler med demografiske restriksjoner innenfor de Nordiske landene i tillegg til Storbritannia. Vi begrunner inkluderingen av Storbritannia med at deres helsevesen har nok likhetstrekk med Norge sitt.

Da vi ønsket å få med hvilken effekt Samhandlingsreformen har hatt på liggetiden har vi inkludert artikler fra tidsperioden 2014-2020. Årsaken til at samhandlingsreformen blir brukt i oppgaven er fordi den har bidratt til å korte ned liggetiden, gjennom bruken av hurtigforløp. Hurtigforløp er sykehusopphold som har blitt utviklet nettopp for at liggetiden skal reduseres. Vi ser derfor på reformen som en mulig katalysator i forhold til hvordan pasienten påvirkes av liggetiden.

Perspektivet i artiklene omhandler pasientene. Vi valgte opprinnelig et sykepleieperspektiv. Søkene vi gjennomførte med dette perspektivet viste at det ga for få relevante treff i forskningen. Vi valgte derfor å endre perspektivet til pasientperspektiv, samtidig som at problemstillingen også ble endret. Etter vi endret perspektivet fikk vi flere relevante treff i litteratursøket. I tillegg ser vi at pasientperspektivet passer bedre til temaet vi skriver om. Videre bruker vi bare artikler som er oppbygd etter IMRAD- struktur og er fagfelleurdert.

Våre inklusjonskriterier ser derfor slik ut:

Tidsperiode og geografi:

- 2014-2020
- Norden og Storbritannia

Perspektiv og pasientgruppe:

- Pasientperspektiv
- Voksne og eldre kirurgiske/medisinske pasienter

Språk, struktur og vurdering:

- Norsk og engelsk
- Fagfellevurdert
- IMRAD- struktur
- Etiske vurderte artikler

- Eller vurdert av andre direktorat eller anerkjente instanser

3.2.1 Databaser og søkeord

Initialt utførte vi prøvesøk i databasene MedLine og Cinahl Complete hvor vi testet ut en rekke søkeord og inklusjonskriterier. MedLine er en internasjonal database med fokus på medisin og helsefag. Cinahl Complete er også en internasjonal database, men fokuserer mer på tidsskriftartikler innen sykepleie og andre profesjoner innen helse. Dette gjør Cinahl Complete til en optimal søkemotor da den tilbyr sykepleierelaterte artikler. Vi valgte denne databasen fordi vi fikk flest relevante treff, og også fordi vi er mest kjent med denne fra tidligere oppgaver. Vi gjorde også et håndsøk i Sykepleien.no og fant to artikler som handlet om hvordan reformen har endret hverdagen i helsevesenet.

Søkeordene vi brukte i Cinahl Complete var "length of stay", "fast-track", "discharge", og "patient experience". I tillegg ble søkeord som «early discharge» og «length of hospital stay» tatt i bruk. Håndsøkene i Sykepleien.no ble søkeordene «utskrivning» benyttet på den ene artikkelen, mens søkeordet «samhandlingsreformen» ble brukt på den andre. Ikke alle søkeordene som er nevnt over ga resultat på artikler som kunne brukes. Viser til vedleggene "søkehistorikk" for mer informasjon om søkeord som har blitt brukt.

Av de artiklene som initialt ble valgt ut, hadde vi totalt 12 artikler. Men da vi endret perspektivet i oppgaven til pasientperspektiv, var det sju av disse som ble ekskludert. Vi måtte derfor finne ytterligere tre artikler, og satt derfor til slutt igjen med åtte artikler som brukes som basis i denne litteraturstudien.

Når vi søkte etter artikler var det først og fremst bare tittel som viste. Dersom tittelen på en artikkel virket interessant og relevant, fortsatte vi med å gjennomgå sammendraget til den gitte artikkelen. Skulle artikkelens sammendrag være relevant til litteraturstudien vår, leste vi gjennom hele artikkelen før vi tok i bruk artiklene i oppgaven vår.

3.2.2 Kvalitetsvurdering

Det første vi gjorde for å vurdere om vi kunne bruke artiklene var å sjekke om den var fagfellevurdert. Om en artikkel var fagfellevurdert, ble undersøkt ved å sjekke om det stod i artikkelen. I tillegg var et av inklusjonskriteriene våre under selve søket etter forskningsartikler at de skulle være fagfellevurdert.

Deretter undersøkte vi strukturen. Dersom artikkelen hadde IMRAD- struktur, gikk vi videre til å gjennomgå Helsebibliotekets sjekklister. Sjekklisterne er delt inn i kategorier som kvalitativ, randomisert kontrollert studie, kohortstudie etc. og ligger publisert på Helsedirektoratet.no.

Som en generell kvalitetssikring startet vi med å lese artiklene hver for oss, før vi leste de sammen og diskuterte innholdet og skrev sjekklister på dem. Som resultat av vår kvalitetsvurdering var alle artiklene vi valgte kvalifisert for oppgaven. De svarer på spørsmålene vi har stilt i oppgaven og alle har sine styrker og svakheter. Innholdet i artiklene dekker forskjellige områder, men har som fellesnevner at de handler om kort liggetid. De er fra forskjellige årstall, byer, land og sykehus, men har så store fellestrekk at de kan sees i sammenheng med hverandre.

3.2.3 Etiske vurderinger

De fleste artiklene våre har fått litteraturstudien sin godkjent av etiske komiteer, som for eksempel regionale komiteer. Tre av artiklene har blitt utført annen vurdering av, som for eksempel via Dansk Helsedirektorat eller andre anerkjente instanser. Vi gjorde en egen vurdering om vi skulle bruke disse artiklene, men kom frem til at innholdet var av så høy kvalitet at artiklene trygt kunne brukes.

3.3 Analyse

Analysefasen skal hjelpe oss med å finne ut hva artiklene har å fortelle, tolke meningen de har, og veilede oss til å finne artikler som på best mulig måte svarer på problemstillingen. Det er viktig at innholdet legges frem på en mest mulig saklig måte (Dalland, 2018, s.87).

Siden vi er to personer som arbeider med oppgaven, valgte vi i analysen av artiklene å lese de separat, flere ganger. Vi gjorde dette for å bli mest mulig kjent med innholdet og for å få oversikt over hvilket materiale vi arbeidet med. Videre gikk vi igjennom materialet i fellesskap for å vurdere om innholdet svarte på problemstillingen vår.

STEG er en nettressurs utarbeidet av Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) som ble brukt som hjelpemiddel i prosessen av litteratursøkene våre og utarbeiding av oppgaven. Via STEG bruker vi Evans analysemodell for å gjøre en systematisk gjennomgang for å kunne tolke artiklene vi bruker. Vi analyserer det materialet som kommer fram i artiklene, samler resultatene som kommer frem og setter dem opp mot problemstillingen (Evans, 2002, s. 25).

Vi har et tema som omhandler mer enn pasientens opplevelse av redusert liggetid. Siden komplikasjoner, pasienterfaringer og effektivisering av sykehus er relevante temaer, valgte vi å sette opp kategorier for å symbolisere hva artiklene inneholdt. I forhold til liggetid er disse temaene relevant for å gi oss oversikt over både utviklingen og effekten liggetiden har. Dette gjorde vi gjennom å analysere og vurdere innholdet av artiklene og markere de forskjellige kategoriene, inndelt i forskjellige farger:

- Grønn står for effektivisering av sykehusopphold.
- Blå for kortere liggetid gir færre komplikasjoner.
- Lilla er pasientens erfaring med kort liggetid.
- Rød symboliserer "effektiv" omorganisering av eldre pasienter.

Kategoriene ble satt opp i tabell fordelt etter tema, etterfulgt av å markere i tabellen hvilke artikler som inneholdt de fire temaene. Dette ble gjort ved å nummerere artiklene. Disse kategoriene vil også brukes som overskrifter i resultatkapittelet vårt. Når funnene var satt inn i tabellen, gikk vi igjennom artiklene på nytt for å kvalitetssikre påstandene våre og undersøke om noe kunne legges til eller måtte ekskluderes. Til slutt tolket vi resultatene. Tabellen over kategoriene fordelt med forskjellige farger ser dere under:

Effektivisering av sykehusopphold	2,3,4,5,8
Kortere liggetid gir færre komplikasjoner	1,2,6,5,4
Pasientens erfaring med kort liggetid	5,2,4
"Effektiv" omorganisering av eldre pasienter	1, 7

Tabell over kategoriene vi delte innholdet i artiklene inn i.

4 Resultat

Vi har funnet at hurtigforløp ikke er farlig for pasientene. Utviklinger innen en rekke områder for sykehusopphold, kirurgi o.l. har gjort at hurtigforløp er tryggere enn før slike forløp eksisterte. Gjennom bruk av metoder som telemedisinske løsninger og hurtigforløp har tryggheten, tilfredsheten og behandlingsresultat hatt positiv innvirkning på pasientenes helse og sykehusets økonomi.

4.1 Effektivisering av sykehusopphold

Funn i studiene i forskningsartiklene vi har brukt viste at metoder for å effektivisere sykehusoppholdet har hatt positiv innvirkning både for sykehusene og pasientene som deltok. Metoder for effektivisering er for eksempel telemedisin eller hurtigforløp.

Telemedisin viser seg å være en effektiv måte å rehabilitere pasienter etter operasjon. De får installert en teknologisk løsning i hjemmet. Gjennom løsningen er de direkte linket til sykehuset. Telemedisinen består av treningsprogram, fysioterapi, informasjonsvideoer, videokonferanser og mulighet for pasientene å kontakte sykehuset dersom det skulle oppstå problemer (Vesterby et al, 2017, s.43). Vesterby et al undersøker hvordan telemedisin kan erstatte deler av oppholdet på sykehuset, uten at det skal gå utover pasientens sikkerhet. Telemedisin gir bedre kontakt mellom pasienten og sykehuset noe som gjør oppfølgingen etter operasjon lettere (Vesterby, et al, 2017, s.45).

Studier viser at hurtigforløp reduserer liggetiden, øker kvaliteten og sikrer pasientsikkerheten. Det er på grunn av utviklingen metoden har hatt de siste årene. Utviklingen har skjedd innen områdene kirurgiske teknikker, anestesi, analgetikum, ernæring, væskebalanse og generelt høyere kvalitet på pleien av pasienten (Høvik, Aglen & Husby, 2018, s.833). Dette har forbedret de kliniske resultatene, redusert rekonvalesenstiden og redusert morbiditet og mortalitet (Winther, Foss, Wik, Davis, Engdal, Jessen, Husby, 2015, s.78). Påstanden understøttes av studien som omhandler hurtigforløpet: "Enhanced Recovery Programme" (ERP), som bekrefter at pasientene kan gjennomgå operasjon og rehabilitering raskere ved å ta i bruk metodene som har blitt utviklet for hurtigforløp (Vandrevala, Senior, Spring, Kelliher & Jones, 2016, s.3447).

Liggetiden har ved hjelp av telemedisin og hurtigforløp blitt redusert betraktelig, uten å sette pasientens sikkerhet og trygghet i fare. Innovative og teknologiske løsninger har bidratt til å minske liggetiden, redusere risiko for komplikasjoner og reinnleggelser, men også gitt pasientene bedre helse, mer medvirkning, mestring og økt livskvalitet (Vesterby et al, 2016, s.45).

Sykehus- og pasientlogistikken på posten er kritisk for liggetid. Redusert liggetid gir reduserte kostnader uten at det skal gå utover kvaliteten på behandlingen. Studier viser at antallet reinnleggelser og revisjoner er lavere enn det som er rapportert tidligere (Winther, et al., 2014, s.81).

Pasientene som benyttet seg av telemedisin tok mindre kontakt med sykehuset, skåret noe bedre på testene under rehabiliteringen og hadde positive innvirkninger på det psykiske i form av mindre angst. Gruppene i forskningen består av en gruppe som fikk

prøve ut den telemedisinske løsningen, og en annen som ikke brukte telemedisin etter utskrivelse. Gruppen som ikke brukte telemedisin gikk gjennom et normalt operasjonsforløp med preoperativ poliklinisk informasjon, postoperativ poliklinisk oppfølging, og var innlagt på sykehuset i den postoperative fasen og rehabiliteringen. De største forskjellene mellom gruppene var liggetid, angstnivå og sykehusrelatert kontakt per telefon. Hos gruppen som brukte telemedisin var liggetiden en dag, de hadde redusert angst og mindre telefonkontakt med sykehuset (Vesterby et.al, 2017, s.41-44).

Ifølge Vandrevala et al er nøkkelen til et kort opphold å undervise pasientene og gi mest mulig informasjon om hva forløpet består av (Vandrevala et al, 2016, 3449 & 3451). Eksempelvis postoperativ mobilisering hos pasienter som har gjennomgått gastroenterologiske operasjoner. God informasjon om pre- og postoperativt forløp vil bidra til å utvikle den forståelsen og kunnskapen pasienten trenger for å kunne unngå inaktivitet postoperativt. Tidlig mobilisering vil føre til bedret tarmperistaltikk og tarmaktivitet (Bjelland og Afgun, 2017, s.20). Effekten av å gi god informasjon slik at pasientene er innforstått med viktigheten av for eksempel tidlig mobilisering, vil gi gevinster i form av å korte ned liggetiden.

4.2 Kortere liggetid gir færre komplikasjoner

Flere av studiene vi har lest nevner at kortere liggetid fører til mindre forekomst av komplikasjoner. Det fortelles hvordan metoder innen kirurgi har endret seg, og dette har ført til at reduksjon i liggetid på sykehusene er mulig (Vandrevala et al, 2016, s.3447). Videre nevnes det at redusert liggetid gir pasientene et bedre og mer optimalt postoperativt funksjonsnivå. Et av fokusområdene er at pasientene skal få den beste rehabiliteringen slik at postoperative komplikasjoner unngås, og at pasientens tilfredshet økes (Vandrevala et al, 2016, s.3447).

Infeksjon er en av de største komplikasjonene som forekommer og fører til forlenget liggetid på sykehusene (Bruvik, Drageset, & Abrahamsen, 2017, s. 5). Alvorlighetsgraden av infeksjonen avgjør hvor mye lengre oppholdet blir, og operasjonsrelaterte infeksjoner øker forekomsten av reinnleggelser. Det utløser også et nytt behandlingsopplegg, og noen pasienter opplever å måtte reopereres eller gjennomgå revisjoner (Badia, Casey, Petrosillo, Hudson, Mitchell & Crosby, 2017, s.2). Pasienter som gjennomgår revisjon etter operasjon, har gjennomsnittlig kort liggetid, og majoriteten kunne sendes hjem raskere enn reopererte pasienter (Winther et al, 2014, s.81).

Infeksjon er en veldig uheldig situasjon for pasientene, og det fører til store økonomiske belastninger i denne sammenhengen for samfunnet. Statistikker i studien viser at kostnadene for å undersøke og behandle en infeksjon blir dobbelt så høy, satt opp imot et sykehusopphold som foregår uten komplikasjoner. Det nevnes også at dersom det oppstår en infeksjon dobler liggetiden seg (Badia et al., 2017, s. 2).

En vanlig komplikasjon hos eldre pasienter på sykehus er postoperativt delirium (PD). Ved kortere sykehusopphold vises det i studien at forekomsten av PD er mindre (Petersen et al, 2018, s. 770). I 43 tilfeller identifiserer studien at liggetid på mer enn 4 dager er en utløsende faktor for PD (Petersen et al, 2018, s. 767). Det er derfor viktig at pasienter over 80 år blir ferdig behandlet og skrives ut så de kan komme tilbake til sine

normale rutiner utenfor sykehuset. Noe som støtter hurtigforløpets hovedprinsipp. Det samme gjelder andre kirurgiske inngrep som krever sykehusinnleggelsen.

4.3 Pasientens erfaringer med kort liggetid

Funn viser at pasienter som gjennomgår hurtigforløp av en eller annen form ofte utvikler en større evne til selvhjelp underveis (Høvik et.al, 2018, s.833). Pasientene som deltok i et hurtigforløp, opplevde at de møtte utfordringen med håp og selvsikkerhet. De følte et ansvar for egen helse, i tillegg til at de opplevde å ha et mål både pre- og postoperativt i forhold til rehabiliteringen. Et annet viktig holdepunkt for hvordan pasientene opplevde å gjennomgå operasjon var at de forstod viktigheten med å gå til operasjonen med optimisme og et positivt tankemønster (Vandrevala et.al., 2017, s. 3452). Et gjentakende mønster i funnene viser at pasientene setter pris på medvirkningen i forløpet, ansvaret de får for egen rehabilitering og at følelsen av mestring og «empowerment» når de får friheten til å trene hjemme. Mange uttrykker også tilfredshet ved tidlig utskrivelse, og at det er godt å komme hjem (Høvik et.al., 2018, s.836).

Selv om mange følte det var godt å komme hjem, er trygghet en faktor som må vies mye oppmerksomhet. Majoriteten av pasientene følte seg trygge ved tidlig utskrivelse. Samtidig tok flere kontakt med sykehuset fordi det var blod i bandasjen, hevelse i ekstremitet eller at det oppstod allergiske reaksjoner. Noen husket ikke engang hvorfor de ringte, noe som tilsier at hos enkelte var stressnivået og engstelsen for at noe kan gå galt høyt. Likevel ble det funnet en følelse av trygghet hos disse pasientene da de hadde mulighet til å kontakte sykehuset (Høvik, et.al., 2018, s.836).

4.4 "Effektiv" omorganisering av eldre pasienter

Mer enn 80 prosent av de eldre pasientene som ble registrert utskrivningsklare på landsbasis i 2014, ble tatt imot av kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet. Et av innsatsområdene som ble opprettet i samhandlingsreformen er samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket. Samarbeidet skal styrkes gjennom avtaler som ble etablert mellom aktørene hvor for eksempel kommunen betaler døgnpris for ferdigbehandlede pasienter som ligger på sykehus i påvente av kommunalt tilbud (Helsedirektoratet, 2020). Kommunene har ikke hatt stor innvirkning for hvordan samhandlingsreformen har utviklet seg for primærhelsetjenesten. Det er sykehuslegene som har den avgjørende makten over når pasienten er utskrivningsklar ut fra den medisinske kompetansen legen har. Kommunene får ikke medvirket i beslutningen for når pasienten skal skrives ut og kommunen skal overta behandlingsansvaret (Bruvik et al, 2017, s. 2).

Mange av de eldre blir utskrevet med mål om at kommunen skal behandle pasienten videre, like godt som sykehusene har gjort hittil. Når sykehusene overfører behandlingsansvaret for pasienter til kommunene, settes det store krav til kompetanse og bemanning i den kommunale helsetjenesten. Dette med tanke på alvorlig syke og døende pasienter som trenger en god oppfølging og behandling (Bruvik et al, 2017, s.5).

Den eldre gruppen av pasienter kan ha en dårligere opplevelse av hurtigforløpet. De har større sjanse for å få komplikasjoner på grunn av flere underliggende sykdommer, og det gjør at deres situasjon på sykehus er mer kritisk enn for de yngre pasientene. Med økt antall diagnoser øker dødelighet (Bruvik et al, 2017, s. 5). Det betyr at det er økt morbiditet og mortalitet hos de eldre pasientene, men etter samhandlingsreformen er det mindre pasienter som dør på sykehuset enn tidligere. Det blir avdekket at statistikken over dødsfall på sykehus har blitt redusert, mens på sykehjem har den nærmest doblet seg (Bruvik et al, 2017, s.1). Spesialhelsetjenesten utskriver de eldre til hjemkommunene eller sykehjem, uten at kommunene har ressursene, kompetansen eller bemanningen på plass til å behandle de sykeste (Bruvik et al, 2017, s. 5).

Sykepleierne i kommunehelsetjenesten merker et svekket samarbeid med spesialhelsetjenesten når det gjelder utskrivningsprosessen (Bruvik et al, 2017, s.5). Deriblant mangelfull pasientinformasjon ved overføring mellom helsetjenester, som igjen fører til redusert kvalitet på behandlingen og gir økt risiko for reinnleggelse på sykehus (Bruvik et al, 2017, s.3).

Med dagens reform blir pasienter overført til kommunene i en tidligere sykdomsfase. Det betyr at pasientene er svakere, dårligere og har et mer komplisert sykdomsbilde. Derfor er det viktig at det skjer en kompetanseheving i kommunen. Det blir sett i sammenheng med jobbtilfredshet for helsearbeiderne og bedre pleie for pasienten (Sletner & Halvorsrud, 2020, s.3). Å undervise flere helsearbeidere i bruk av forskjellige verktøy gjør det lettere å gjøre gode vurderinger og gir en mer systematisk undersøkelse av pasientene. Det har en positiv innvirkning på jobbtilfredsheten og kvaliteten av vurderingene som blir gjort. Undervisningen besto av verktøy som for eksempel Modified Early Warning Score (MEWS), Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) og Identifikasjon, Situasjonsbeskrivelse, Bakgrunn, Aktuell tilstand og Rådføring (ISBAR) (Sletner & Halvorsrud, 2020, s.1). Det gir sykepleierne mer rom for å gjøre andre oppgaver som de har kompetanse til og det blir lettere å gjøre gode observasjoner for annet helsepersonell.

5 Diskusjon

Vi skal nå drøfte funn fra artikler og fagstoff opp mot hverandre. Vi starter med en metodediskusjon hvor vi legger frem hvordan vi har arbeidet med oppgaven, før vi begynner å diskutere faktorer rundt problemstillingen vår.

5.1 Metodediskusjon

Høsten 2019 startet vi med litteratursøk og utarbeidet en prosjektplan. Prosjektplanen inneholdt tema, problemstilling, begrunnelse for tema og problemstilling, hvordan vi skulle arbeide oss frem til å svare på problemstillingen, og til slutt oversikt over aktuell forskning og foreløpig teorigrunnlag. Det ble også laget en fremdriftsplan som er med i prosjektplanen, men denne har blitt gjort justeringer på underveis. Som nevnt tidligere endret vi fra sykepleieperspektiv til pasientperspektiv. På grunn av dette måtte vi bytte ut mange av artiklene våre for at forskningen skulle svare på problemstillingen vår.

For å komme frem til de søkeordene som ga best treff begynte vi med å gjøre tilfeldige søk. Vi noterte søkeord, kombinasjoner av søkeord, inklusjonskriterier og antall treff i en notatbok, og delte opp arbeidet ved at vi fant fire artikler hver. Tabell over søkehistorikk ble laget ved hjelp av notatene våre, i tillegg til at notatene ble kopiert av den andre studenten under søkene for at vi ikke skulle finne samme artikler ved å bruke samme søkeord. For å finne artiklene våre brukte vi i hovedsak bare en database, men vi brukte også forskning som vi fant gjennom relevante tidsskrifter.

På grunn av de nye omstendighetene med COVID-19 i Norge, har vi ikke kunne møttes for å samarbeide om oppgaven. Det ble en forandring i forhold til hvordan vi vanligvis samarbeider om oppgaver. Vi har holdt kontakten via sosiale medier og drøftet oppgaven med hverandre. Derfor har vi skrevet relativt selvstendig og delt opp oppgaven, lest over hverandres arbeid for å så justere teksten for å oppnå god flyt og saklighet. Vi har også ringt hverandre og samarbeidet om å skrive deler av oppgaven.

Styrker i vår studie er at vi har fått undersøkt mange faktorer som spiller inn på hvordan et godt sykehusopphold er oppbygd, og hvordan helsevesenet kan forbedre kvaliteten av oppholdene. Svakheter i vår studie er at vi mest sannsynlig ikke har full oversikt over alt som berører temaet, men funnene i artiklene gir oss bred forståelse og verdifull kunnskap om hvilke faktorer som spiller en rolle ved kort liggetid. Etter vår mening og tilbakemelding fra veileder er utvalget av forskningsartikler og fagstoff av god relevans og kvalitet, nok til å gi oss et sterkt grunnlag for å utarbeide litteraturstudien vår.

5.2 Resultatdiskusjon

Funn i artiklene tar utgangspunkt i redusert liggetid på sykehus, og om dette kan utsette pasienten for risikoer knyttet til pasientsikkerheten og postoperative komplikasjoner. Målet med oppgaven er å undersøke om reduksjonen i liggetiden vil ha betydning for pasienten. Vi tror at denne oppgaven kan bidra til å belyse hvordan pasienten opplever kort liggetid, i tillegg til å undersøke hvordan det er mulig å ivareta pasientens sikkerhet i forhold til redusert liggetid.

Gjennom praksistiden fikk vi en oppfatning av at reduksjon i liggetid førte til at pasientsikkerheten ble redusert. Vi trodde også at det var større fare for komplikasjoner da sykehusoppholdet var etter vår mening altfor kort. Etter hvert som vi leste oss opp på temaet viste forskningen motsatte resultater av våre forventninger. Vårt litteratursøk, drøfting av forskningsresultater og samtale med veileder viser at kortere liggetid er bedre for mange pasientgrupper.

5.3 Helsetjenester av beste kvalitet?

Med bakgrunn i funnene våre i artikler og fagstoff velger vi å diskutere om det er forutsetninger for at kortere liggetid skal være vellykket. Siden vi har et pasientperspektiv syns vi det er passende å undersøke temaer rundt selve pasientens opphold på sykehus og sette dette opp mot resultatene fra forskningsartiklene.

5.3.1 Koordinering, samhandling og kontinuitet for å sikre gode pasientforløp

Vi skal starte med å fortelle en historie om en pasient som har blitt omtalt i media. Pasienten heter Jørn og skulle skrives ut fra sykehus, men alt gikk ikke etter planen for ham.

I Nord-Norge er der store avstander og mindre veier som gjør at det ikke er enkelt for hjemreise. Jørn som hadde oppholdt seg på Kirkenes sykehus ble utskrevet en tirsdagskveld. En sykepleier kom inn og sa at han hadde blitt utskrevet og måtte reise av gårde. Da spør Jørn om de har sjekket fjellovergangene da det er et kjent fenomen at uvær stenger fjellovergangen. Jørn ble sendt hjem med taxi, der de møtte uværet og fikk beskjed at veien var stengt og Jørn måtte overnatte på en trebenk hos vegvesenet. Pasienten forteller at han syntes opplevelsen av utskrivelse var for å få han fortrest mulig ut av sykehuset (Horn, 2019).

Vår studie som handler om konsekvensene redusert liggetid kan ha for pasienten, har ført oss til å undersøke flere aspekter av sykehusopphold. I eksempelet blir Jørn hastet ut av sykehuset og ender opp med å måtte sove på en trebenk, fordi helsepersonell på avdelingen ikke sjekket fjellovergangene. Dette kan kobles opp imot en svært sentral del av sykepleiers funksjon: koordinering. Koordinering er samordning av sykepleietiltak som skal sikre kontinuitet i pasientens behandlingsforløp. Koordinerte tiltak har flere gunstige effekter for sykepleien som ytes til pasienten, som for eksempel kan det hindre reinnleggelse (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell- Ekstrand, s.141-142).

Samhandling mellom helsepersonell under behandlingsforløpet er også viktig for å sikre kontinuitet og koordinering. Det kan skje flere pasientoverføringer intrahospitalt, mellom ulike behandlingsnivå, interhospitalt og i kommunehelsetjenesten. En fungerende samhandling mellom aktørene rundt pasientens helsehjelp er sentralt for at overføringene og utskrivningene av pasienter skal være trygge og gode (Stubberud, 2018, s.58). Nå som samhandlingsreformen har lagt til rette for at sykehusoppholdene skal være korte, betyr dette en større utgående pasientstrøm. Kontinuitet og koordinering skal sikre at pasienten beveger seg innad i sykehuset eller til andre aktører

på en måte som oppfyller kravene til å utøve god og forsvarlig utskrivningsprosess. Det kan også tenkes at ved korte sykehusopphold og hurtig utskrivning av pasienter må tiltak som forebygger reinnleggelse tas i betraktning ved utskrivelse. Et tiltak for å sikre god utskrivningsprosess kan være å ta i bruk spesielle sjekklister hvor ulike kriterier blir markert før selve utskrivningen skjer (Ehnfors et al, 2016, s.142). Dette er for å øke tryggheten til pasienten i overgangen ut fra, eller mellom aktører i helsevesenet.

Dersom vi viderefører tanken om utskrivningsplanlegging, koordinering og samordning, kan vi omtale de mange uheldige hendelsene med tidlig utskrivelse eller overføring av eldre pasienter. De mest sårbare i helsesystemet som lider av følgene av samhandlingsreformen, opplever brudd i pasientforløpet og informasjonsflyten som svekker den kliniske vurderingen som resulterer i redusert kvalitet av behandlingen (Orvik, 2016, s.237). Ifølge Orvik er det en kombinert årsak til hvorfor pasienter ikke mottar de tjenestene de trenger. I verste fall kan pasienter falle bort på grunn av hurtig pasientforløp kombinert med økt kompleksitet, spesialisering og fragmenterte helsetjenester som rammer det kliniske arbeidet negativt (Orvik, 2016, s.247).

I likhet med Bruvik et al har Stubberud understreket at overføringen av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten kan bli bedre. Elementer som vektlegges innenfor samhandlingen er utveksling og kommunikasjon i forhold til pasientinformasjon, gjennomgående forståelse og oppfattelse av pasientstatus, og gjensidig forståelse av pasientansvar (Stubberud, 2018, s.58). Et tiltak som skaper økt kompetanse og kontinuitet i helsetjenestene ved samhandling er samhandlingsmøter. Slike møter innebærer blant annet tverrfaglig kunnskapsutveksling om pasientbehandling mellom aktører, og er et verktøy som kunne benyttes mer i helsetjenesten for at helheten i pasientforløpet skal være av god kvalitet (Stubberud, 2018, s.59). Dette er et tidkrevende tiltak som krever at instansene legger til rette for å frigjøre de ressursene de trenger til slike møter. Når liggetiden blir redusert og påvirker samarbeidet mellom aktørene med behandlingsansvar negativt, kan samhandlingsmøter opptre som en faktor som styrker samhandling mellom for eksempel sykehus og kommune. Dette kan gi aktørene mer informasjon og kunnskap til videre behandling og gir pasienten mindre fragmenterte helsetjenester. Dette vil føre til at overføringen av pasienten vil gå lettere, og at tidlig utskrivelse ikke blir en byrde for kommunene eller primærhelsetjenesten.

5.3.2 Påvirkes kvaliteten på helsetjenestene av kort liggetid?

En nedbygging av institusjonsplasser samtidig som at målet i eldreomsorgen har blitt at eldre skal føle seg trygge hjemme, har ført til at flere bor hjemme lengre. Politiske føringer som reformer og satsinger har ført til en enorm økning i antall tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 19 og 151-152). Videre påpekes det at til tross for økningen i mottakelse av ferdigbehandlede pasienter i tidligere stadium, har kommunene i for liten grad økt kapasiteten, styrket kompetansen og har for lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene som skal ytes. Pasientene er mer tidkrevende med mer komplekse og skiftende behov, og stor mangel på kvalitetsforbedring gjør at tjenestetilbudet ikke oppfyller kravene (Fjørtoft, 2016, s.153). Med den reduserte liggetiden på sykehus stilles det krav til kommunen om å mobilisere ressurser de ikke har, som kan føre til at pasientene blir møtt av et dårlig tilbud. Følgene av dette blir dermed at pasientene ikke får den helsehjelpen de trenger, og sykdomstilstanden

forverres og at pasienten må reinnlegges eller blir lidende av sekveler som kunne vært unngått.

Som sykepleier møter vi mange etiske utfordringer. Et av perspektivene innen etikk er dilemmaet som oppstår når man ikke har tid eller ressurser til å gi *alle* den beste mulige pleien. At du må gi best mulig pleie til flest mulig pasienter, fører til at noens interesser må nedprioriteres overfor noen andres. Dette kalles konsekvensetisk perspektiv (Nortvedt, 2016, s.95). Gjennom artiklene våre har vi funnet ut at de korte sykehusoppholdene fungerer, men det betyr at systemet må fungere maksimalt. Dersom et godt system rundt opplegget eksisterer, kan dette gi et mer effektivt, men mer gjennomført tilbud for pasientene. Det vil være et økonomisk og kvalitetsmessig smartere valg som vil ha positiv innvirkning i form av at man kan hjelpe flere, uten at kvalitet og helheten i pleien utsettes. Som følge av et velfungerende system rundt redusert liggetid kan det tenkes at sykepleierne i mindre grad må triagere sine pasienter.

Høvik et al presiserer at trygghet er en tungtveiende faktor ved utskrivning og hjemreise (2018, s.839). Det var ikke alle som følte seg like trygg når de ble skrevet ut tidlig. Det kan derfor tenkes at ressurser er et aktuelt område å undersøke. Med dette menes pasientene som hadde ektefelle, familie eller samboer å komme hjem til. En god sannsynlighet er at disse pasientene har en ekstra "trygghets-buffer" ved å ha et familiemedlem nært. At rehabiliteringen ikke er like tung fordi hjelp ikke er langt unna dersom behovet oppstår eller noe skjer.

Det er nå pasientene som bor alene skal reflekteres over. Ifølge Haugesund Avisen er antallet ensomme hele 70.000 mennesker i Norge. Det begynner å bli mer normalt å være alene (Strand, 2018). De kommer hjem til tomt hus, og har derfor ikke samme støtteapparatet. At denne gruppen pasienter ikke føler like stor grad av trygghet, er forståelig. Som den amerikanske psykologen Abraham Maslow poengterer i sin teori, behovspyramiden, er trygghetsbehovet hos mennesker svært viktig. Nederst på behovspyramiden ligger kroppslige behov som sult, tørst og sex, som blir beskrevet som de viktigste behovene hos mennesket. Når dette behovet er tilfredsstillt, er neste nivå på pyramiden trygghetsbehovet. Dette trinnet går ut på menneskets behov for trygghet, sikkerhet og stabilitet (Mørch, 2019). Funnene i forhold til Høvik et al angående trygghet kan derfor understøttes ved hjelp av Maslows behovspyramide.

Pasienter som skrives ut fra sykehus etter å ha gjennomgått kirurgisk, medisinsk eller intensivbehandling kan oppleve at behandlingen de har gjennomgått har konsekvenser for livsutfoldelse og livskvalitet. Et særlig viktig tiltak for å sikre trygg og god overføring av pasienten er oppfølging etter utskrivelse. Uansett om pasienten skal behandles videre på en annen avdeling eller hjemme, er det mange sykehus som følger opp pasienten etter sykehusoppholdet. Dette er fordi påvirkningene et sykehusopphold kan ha, gjerne blusser opp i form av forverring i tilstand eller psykiske utfordringer senere. Tiltaket har som formål å sikre helhetlig pleie, kartlegge fysiske og psykiske traumer pasienten kan ha fått i etterkant, kartlegge eventuelle forverringer i tilstand, og deretter iverksette tiltak for å sikre pasientens vitale funksjoner og grunnleggende behov (Stubberud, 2019, s.71-72).

I sammenheng av at sykehusene følger opp pasientene etter utskrivelse, har begge studentene som skriver oppgaven opplevd pasienter som ikke vil hjem fra sykehuset. Et

tilbud om oppfølging kan bidra til å øke tilfredsheten hos pasienter som ønsker et lengre sykehusopphold. Selv om våre studier viser til bred tilfredshet med korte opphold og hurtigforløp, mener vi at pasienter som ikke ønsker tidlig utskrivelse kan få tilbud om videre oppfølging fra sykehuset. Dette i form av telefonsamtaler eller innkallelse til samtale på sykehuset etter de har blitt skrevet ut. Dette kan opptre som en kompensereende form for sykehusoppholdet, slik at liggetiden holdes nede samtidig som tilfredsheten med denne pasientgruppen opprettholdes.

Sykepleiefaget og andre helsefag blir tøyd mellom det faglige og den gode omsorg for den enkelte pasienten. Effektiviseringen og nedkortingen av liggetiden har ikke inntrådt i helsevesenet for å gjøre det vanskeligere for pasienter eller helsepersonell. Sykepleie skal ikke være et produksjonsarbeid, og det skal ikke aksepteres at sykepleie blir på papir et samlebåndsprosjekt som ikke gir helhetlig omsorg, og at behandlingskvaliteten blir redusert. Som resultat av nedskjæringer og et forsøk på effektivisering av sykehusopphold skjer det endringer i behandlings- og omsorgskvaliteten (Nortvedt, 2017, s. 254). Ved å spesialisere personalet, og presse seg tidsmessig til det ytterste, kan sykepleierne redusere kostnader og øke behandlingsskapasiteten. Tid er nøkkelordet og er en viktig verdi for pasienten, produksjonen og profesjonsperspektivet. Det er også en ressurs som er avhengig av bemanning og prioritering. Ved å jobbe for å sette pasientene i fokus skapes det kvalitet (Orvik, 2015, s. 90-91).

Bruvik et al forteller at god tid og kompetanse er viktig for å kunne gi god omsorg (2017, s. 5). Måten sykepleie blir utført i dag er ikke det som læres på skolen. Det er noe som heter at pleien har sin egen tid. Det å ha tid til pasienten, vise at du ser pasienten, tid til å skjønne, tilpasse og gi muligheter for unntak er viktig for at pasientene skal få den medfølelsen og medmenneskeligheten de fortjener (Nortvedt, 2017, s. 256).

Hvordan sykepleie utøves har mye å si i forhold til hvordan pasientene opplever å motta behandling. Det å gi sykepleie til et annet menneske skal ifølge Martinsen være mer enn å gjøre det lovpålagte minimumskravet av omsorg (Øyasæter, 2009). Å yte helhetlig sykepleie og bygge relasjon til pasienten er noen av holdepunktene som beskrives som det fundamentet sykepleieutøvelse bør bygges på (Nortvedt, 2017, s.53). I en travel hverdag kan vi se utfordringen med å oppfylle kravene til Martinsens omsorgsteori. Pasientene som gjennomgår behandling på sykehus kan være der alt fra minutter til dager, og med roterende bemanning, tidspress og mange arbeidsoppgaver gir det et begrenset vindu for å kunne ta i bruk det fullstendige fundamentet av omsorg Martinsen beskriver sykepleie som. Haugan og Rannestad bekrefter at en utilsiktet konsekvens av kortere liggetid på sykehus har ført til at sykepleierens rolle innen informasjonsformidling og relasjonsbygging med pasient og pårørende har blitt redusert (Haugan & Rannestad, 2016, s.191). Gjennom studien om telemedisin forklares det at tilgang på informasjon har mye å si om pasientene har behov for direkte kontakt med sykehuset (Vesterby, 2017, s.45). Dersom pasientene er innforstått med at de kan ringe til sykehuset dersom de føler behovet, gir dette personalet muligheten til å opprettholde en viss form for relasjon til pasienten, til tross for kort liggetid. I tillegg til at relasjonen blir opprettholdt, vil pasientkontakt per telefon skape en forlenget kommunikasjon med pasienten, hvor god flyt i informasjonsformidlingen videreføres etter utskrivelse.

Det er noen sykehus i Norge som bruker telemedisin, Stavanger Universitetssjukehus og Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) bruker telemedisin. Stavanger bruker telemedisinsk oppfølging av fot- og leggsår innen kommunehelsetjenesten, som er en

pågående studie som undersøker om bruken av telemedisin kan implementeres på normal basis (Stavanger Universitetssjukehus, 2019). UNN har sitt eget nasjonale senter for e-helseforskning og har holdt på med telemedisin siden 1. januar 2016 (Universitetssykehus i Nord Norge, 2018). Her arbeider de tverrfaglig for å utvikle og evaluere effekten av e-helsetjenester (elektroniske helsetjenester) og telemedisinske løsninger i Norge. Effekten så langt har blitt vurdert som veldig god, og det skjer en stadig utvikling innen feltet. Et eksempel på e-helsetjenester som blir mye brukt av helsepersonell og befolkningen generelt i Norge er Helsenorge.no (UNN, 2018). Andre eksempler som er verdt å nevne er bruken av e-helsetjenester nå som Coronaviruset herjer. Her har blant annet fastleger, psykologer og helsestasjon tatt i bruk videochat og telefon i konsultasjoner med pasienter for å hindre potensiell spredning av viruset (Helsenorge.no, 2020).

5.3.3 Empowerment- hva kan pasientene bidra med?

Å ta ansvar og kontroll over egen helse og livsstil for å forbedre seg selv har blitt mye nevnt i studiene rundt oppgaven vår. Sentrale momenter i empowerment er å ivareta pasientens ressurser, veilede den enkelte til å kunne medvirke i sin egen helse, styrke vilje, selvbevissthet og ansvar (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.152). Målet er at pasienter som har vært periodisk avhengig av at andre må bistå i styringen av livet, skal mobiliseres tilbake til å ta kontroll over eget liv (Romsland et al, 2015, s.150).

Vi tolker empowerment som både en prosess og ei målsetting i pasientens livssituasjon. Prosessen er den delen hvor sykepleier og pasient kartlegger og arbeider mot at pasienten til slutt skal ha oppnådd å ta kontroll over eget liv. Når pasienten har oppnådd empowerment, vil vi si målet for prosessen er oppfylt, og pasienten er ikke lenger avhengig av sykepleierens veiledning eller hjelp. Sett opp imot artiklene våre kan tilrettelegging for empowerment føre til at sykehusoppholdene kortes ned på en trygg måte. Dersom pasientene oppnår adekvat nivå av selvsikkerhet, kunnskap og kontroll over for eksempel rehabiliteringsprosessen, kan vi tenke oss at det blir tryggere å skrive ut pasientene tidligere, og gi de mer ansvar for rehabiliteringen.

Når vi møter en pasient som trenger sykepleie, er det pasientens helse og helsesituasjon som står i sentrum. Som Martinsen nevner i sin omsorgsteori er vi der for pasienten sin del, ikke vår egen (Kristoffersen, 2015, s.251). Vi kan se på dette som at tjenesteytere går inn og blir delaktig i en viktig del av pasientenes liv, og at vi ikke må glemme at vi ikke skal ta *styringen*, men være en *del* av deres liv. At den største ressursen i pleien av pasienten, er pasienten selv. Dette kan vektlegges ved den lovpålagte retten pasienten har for å medvirke i informasjon og beslutninger. Lov om pasient- og brukerrettigheter opplyser om hvordan tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utarbeides i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Ehnfors et al viser til at helsepersonell ofte undervurderer pasientenes evne til å være aktive og bruken av deres indre ressurser når det kommer til deres pleie og omsorg. Brukermedvirkning gir økt tilfredshet, bedre helseresultat og øker samstemtheten mellom pasient og personell, noe som er faktorer som skal ha høyt fokus i pleien og omsorgen av pasienter. Å bruke pasientens indre ressurser og legge til rette for at pasienten skal oppnå empowerment er viktige holdepunkter for at pasienten ikke skal innta en rolle som en passivisert omsorgsmottaker (Ehnfors et al, 2016, s.117).

5.3.4 Komplikasjoner og forlenget sykehusopphold

De korte sykehusoppholdene var etter vår mening en fremgangsmåte som kunne føre til negative konsekvenser for pasientene. Mange av artiklene våre legger mye vekt på hvor positiv innvirkning hurtigforløp har hatt på både pasientene og samfunnet. Det viser seg derimot gjennom én av artiklene våre og noe av faglitteraturen vi har funnet at det er spesifikke pasientgrupper som er taperne ved redusert liggetid.

Dagens medisinske behandling som består av hurtigforløp, er noe som ikke passer inn med pleien den eldre pasientgruppen trenger. Det er stadig økende andel akuttinnleggelse i sykehus som består av eldre over 80 år. Det er spesifikt i henhold til reinnleggelse (Engstad, 2017, s.548). Ved å gjenkjenne risikofaktorene som følger med pasientgruppen, kan forebyggende tiltak mot komplikasjonene et sykehusopphold fører med seg iverksettes (Engstad, 2017, s.547). Forløpene vil være ulike for hver pasient og diagnosegrupper. Ved å identifisere områder og risikoen for pasientensforløp kan dette avdekke de mest merkbare svakhetene. Beskrivelse av et godt pasientforløp handler om pasientens behov og livskvalitet. Det er ikke bare helserelaterte behov eller behandling, men helheten av pasientens livssituasjon. Pasientens livssituasjon omhandler arbeidssituasjon, psykososiale og sosioøkonomiske faktorer (Kristoffersen, 2015, s.302). Derfor mener vi det er viktig å gjøre helhetlige og individrettede vurderinger i forhold til hvordan pasientforløpet vil påvirke den enkelte, for å unngå uheldige konsekvenser ved kort liggetid.

Vi snakker om hvilke virkemidler sykehusene tar i bruk for å korte ned sykehusoppholdene til pasienten, og hvordan de kan gjøre dette uten å risikere pasientenes helse og sikkerhet. Komplikasjoner er en risiko hos alle som søker helsehjelp. Det gjelder spesielt de pasientene som skal gjennomgå en operativ eller medisinsk behandling på sykehus. Som eksempel tar vi for oss den mest vanlige komplikasjonen, som er infeksjon. Et sykehusopphold i seg selv medfører risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner. Denne typen infeksjon oppstår nettopp fordi pasienten oppholder seg på en helseinstitusjon, og er svært belastende for både pasienten og helseinstitusjonen (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er derfor ønskelig å forebygge komplikasjoner og få en kortere liggetid, slik at sykehusoppholdet ikke forlenges og blir mer belastende enn nødvendig. Her ser vi de positive effektene av kort liggetid som reduserer risikoen for komplikasjoner, skader og reinnleggelse.

6 Konklusjon

Utviklingen innen kirurgiske teknikker, anestesi, smertelindring, ernæring, væskebalanse og generelt sett forbedret pleie av pasienten, har bidratt til at redusert liggetid er trygt for mange pasientgrupper. Utviklingen innen områdene har som hovedmål å redusere liggetiden, og er grunnlaget for trygg utøvelse av korte sykehusopphold. Så lenge sykehusene benytter seg av utviklingen og forskningen som er gjort, vil de kunne trygt skrive ut pasienter tidlig. I tillegg til å gi god informasjon til pasient, pårørende og helsepersonell seg imellom, må helsepersonell benytte seg av gode opplæringsrutiner og gi adekvat oppfølging. På denne måten er få liggedøgn på mange måter bedre enn flere liggedøgn. Studiene viser at korte sykehusopphold gir mindre fare for komplikasjoner og reinnleggelse, har positiv innvirkning på økonomiske faktorer og at pasientenes erfaringer med korte sykehusopphold er gode. Det må tas forbehold om at de eldre pasientene trenger mer tilrettelegging og mer avansert pleie enn andre. Det er også viktig å heve kompetansen og bemanningen til et nivå som gjør sykehus og kommuner godt nok rustet til å utføre de oppgavene som følger med kortere liggetid. Dersom disse forutsetningene innfris, er sannsynligheten for et vellykket forløp større. Med dette menes at det må gjøres individuelle vurderinger for å finne ut hvilken effekt kort liggetid vil ha på hver enkelt pasient. Det synspunktet vi hadde i startfasen av oppgaven er at kort liggetid på sykehus setter pasientens sikkerhet og helse i fare. Men de rapportene og forskningsartiklene beviser at kort liggetid er bra forutsatt at det er gode rutiner på avdelingen. Men de eldre pasientene passer ikke inn i dagens rammer rundt kort liggetid. Eldre er pasientgruppen hvor kort liggetid ofte fører med seg negative konsekvenser. Fordi denne pasientgruppen har flere underliggende sykdommer er de i risikogruppen for å utvikle komplikasjoner, som videre fører med seg økt forekomst av reinnleggelse. Å bli innlagt, få komplikasjoner eller forverringer for å så bli reinnlagt, er belastende for den eldre pasienten og samfunnet. Derfor må tilpasninger i sykehusoppholdet iverksettes for de eldre dersom redusert liggetid skal bli tilsvarende trygt som hos den yngre pasientgruppen.

7 Litteraturliste

- Badia, J. M., Casey, A. L., Petrosillo, N., Hudson, P. M., Mitchell, S. A., & Crosby, C. (2017, Mars 1). *Impact of surgical site infection on healthcare cost and patient outcomes: a systematic review in six European countries*. *Journal of Hospital Infection*, ss. 1-15.
doi: 10.1016/j.jhin.2017.03.004
- Bjelland, N., & Afgun, N. (2017, Juni 01). *Postoperativ Mobilisering*. *Institutt for sykepleie og helsefremmende*, s. 40. Hentet April 29, 2020
- Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017, Februar 17). *Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til*. *Forskning*, s.8. Doi:10.4220/Sykepleief.2017.60613
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6.Utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engstad, T. (2017). Geriatri. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., ss. 540-561). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002, April 22). *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data*. Research paper, Vol.20, ss. 22-27. Hentet Mai 16, 2020 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018, Desember 06). *Helsetjenesteassosierte infeksjoner utgjør en stor helsetrussel*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/helsetjenesteassosierte-infeksjoner-utgjor-en-stor-helsetrussel/>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: fagbokforlaget.
- Frich, J. (2011, oktober 01). Kvalitet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. UiO: Det Medisinsk fakultet, s. 1. Hentet April 29, 2020 fra <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitet-og-pasientsikkerhet.html>
- Grimsmo, A. (2015, September 22). *Samhandlingsreformen – hva nå?* (A. Brean, Red.) Den Norske Legeforening, s. 1.
doi:10.4045/tidsskr.15.0810

- Halle, B. T. (2019, Februar 19). *Utskrivningsklare pasienter*. Hentet Mai 18, 2020 fra Helsedirektoratet.no:
https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter?fbclid=IwAR3_rLfpeWH3gxw4YLjD_l9uyzU_3k4TncnNGi9es9U9DeWm0fSKs-xBqIk#kontakt
- Haugen, T. B. (2015, mai 5). *Kort liggetid etter hoftebrudd øker risiko for død*. Tidsskriftet- Den norske legeförening.
doi:10.4045/tidsskr.15.0353
- Helsedirektoratet. (2018, Desember 28). *Brukermedvirkning*. Hentet Mai 07, 2020 fra helsenorge.no:
<https://helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning>
- HelseNorge.no. (u.d.). *Har du behov for lege, annen helsehjelp eller noen å snakke med? Norge*. Hentet 04 09, 2020 fra
https://helsenorge.no/koronavirus/nar-oppsoke-lege?fbclid=IwAR3tYJzJ8Vv_ylxkAVvqKVJLxWxusPORpNXs5d_PPo4uem7RE0pRz1PJGo4
- Hjemås, G., Lunde, E. S., & Mundal, A. (2009, April 23). *Pasienter på sykehus, 2008*. Hentet April 29, 2020 fra Statistisk Sentralbyrå: Statistics Norway: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/arkiv/2009-04-23>
- Hoel, T. L., & Geirdal, A. Ø. (2016). *Belastning, mestrings og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse*. *Sykepleien.no*, s. 11.
doi:10.4220/Sykepleienf.2016.59839
- Horn, K.-S. (2019, Desember 5). *Nyoperert sendt hjem i uværet – måtte sove på venterom*. (T. G. Eriksen, Red.) *NRK Troms og Finnmark*. Hentet Mai 04, 2020 fra
https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/nyopererte-jorn-sendt-hjem-fra-kirkenes-sykehus-i-uvaeret-_matte-overnatte-pa-vegvesenets-venterom-1.14807428
- Høvik, L. H., Aglen, B., & Husby, V. S. (2017, juli 18). *Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 833-842.
doi:10.1111/scs.12514
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Tomic, O., & Helgeland, J. (2017, August). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinleggelse etter*

sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016. Folkehelseinstituttet, s. 60. doi:ISBN:9788280828675

- Kristoffersen, N. J. (2015). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar Bind.1* (2. utg., ss. 31-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar Bind.1* (2. utg., ss. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2017). Grunnleggende Sykepleie Bind 1: *Sykepleie- fag og funksjon* (3.. utg.). (G. H. Grimsbø, Red.) Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2017). Grunnleggende Sykepleie Bind 3: *Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Grunnleggende Sykepleie Bind 2: Grunnleggende Behov. Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2015). *Relasjon mellom sykepleier og pasient*. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), Grunnleggende sykepleie: *Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar Bind.1* (2. utg., ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lovdata. (1999, Juli 02). Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 Pasientens eller brukerens rett til medvirkning. Oslo, Norge. Hentet Mai 10, 2020 fra Lovdata.no:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Norsk sykepleierforbund. (u.d.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (L. S. Sverresdatter Larsen, Redaktør) Hentet 11 20, 2019 fra <https://nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse- Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Petersen, P. B., Jørgensen, C. C., & Kehlet, H. (2017, April 26). *Delirium after fast-track hip and knee arthroplasty- a cohort study of 6331 elderly patients. Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, ss. 767-723. doi:10.1111/aas.12932
- Rosland, K. (2017, Mars 04). *Maslows behovspyramide*. (S. Trageton, Red.) Hentet fra Nasjonal Digital Læringsarena (NDLA): https://ndla.no/nn/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351?fbclid=IwAR1hQmNy3kInhVmLdWWQHcTcYmLtn0p5wH7lbbciWG_Gzgzf0-uZ-GHI_iw
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017, August). Stress og mestring. *Helsedirektoratet*, s. 54. doi:IS-2655
- Sletner, A., & Halvorsrud, L. (2020, Februar 04). *Opplæring i systemet for observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet. Sykepleien.no*, ss. 1-18. doi: 10.4220/Sykepleienf.2020.80410
- Stavanger Universitetssjukehus. (2019 , September 26). *Telemedisin*. Stavanger, Rogaland, Norge. Hentet Mars 25, 2020 fra <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/samhandling/telemedisin>
- Strand, C. B. (2018, Oktober 20). Hver femte i Norge er ensom. *Haugesund Avis*. Hentet 04 09, 2020 fra <https://www.h-avis.no/debatt/leserinnlegg/nyheter/hver-femte-i-norge-er-ensom/o/5-62-703977>
- Stubberud, D.-G. (2013). *Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk*. I D.-G. Stubberud, & D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2017). *Klinisk Sykepleie Bind 2* (5.. utg.). (H. Almås, Red.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2016). *Klinisk Sykepleie Bind 1*. Gyldendal Akademisk.

- Svartdal, F. (2018, August 29). *Mestring*. (S. N. Leksikon, Produsent)
Hentet April 29, 2020 fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/mestring>
- Thorsen, R. (2011). *Trygghet*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), Grunnleggende sykepleie: *Pasientfenomener og livsutfordringer* Bind 3 (ss. 105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Universitetssykehus i Nord Norge. (2018, januar 29). *Nasjonalt senter for e-helseforskning*. Tromsø, Troms, Norge. Hentet Mars 25, 2020 fra <https://unn.no/fag-og-forskning/nasjonalt-senter-for-e-helseforskning>
- Vandrevala, T., Senior, V., Spring, L., Kelliher, L., & Jones, C. (2016, mars 19). 'Am I really ready to go home?': a qualitative study of patients' experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Support Care Cancer*, ss. 3447-3454. doi:10.1007/s00520-016-3158-6
- Vesterby, M. S., Pedersen, P. U., Laursen, M., Mikkelsen, S., Larsen, J., Søballe, K., & Jørgensen, L. B. (2016, september 9). *Telemedicine support shortens length of stay after fast-track hip replacement*. *Acta Orthopaedica*, ss. 41-47.
doi:10.1080/17453674.2016.1256939
- Winther, S. B., Foss, O. A., Wik, T. S., Davis, S. P., Engdal, M., Jessen, V., & Husby, O. S. (2019, juni 14). *1- year follow- up of 920 hip and knee arthroplasty patients after implementing fast-track*. *Acta Orthopaedica*, ss. 77-85. doi:10.3109/17453674.2014.957089
- Øyasæter, L. C. (2009, Mars 08). *Generell sykepleie: Vil vi at omsorg skal lovreguleres?* (B. Tholens, Redaktør)
doi:10.4220/sykepleiens.2003.00

Vedlegg 1 Matrise 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: Utvalg, Datainnsamling, Analyse	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>APA</p> <p>1-year follow-up of 920 hip and knee arthroplasty patients after implementing fast-track</p> <p>Av: Siri B Winther, Olav A Foss, Tina s Wik, Shawn P Davis, Monika Engdal, Vagleik Jessen & Otto S Husby</p> <p><i>Acta Orthopaedica</i></p> <p>Doi: 10.3109/17453674.2014.957089</p>	<p>Fast-track er et kjent fenomen som er et konsept på tilfredshet og resultat etter operasjon. De nevner i artikkelen at Norges helsevesen har reorganisert mye de siste tiår. Antallet av senger og lengden på oppholdet til sykehuset har blitt forkortet. Samt som det øker med pasienter, pasienter blir behandlet som utenfor pasienter istedenfor å være innlagt på et sykehus. Det har kommet bekymringer om det har økt effektiviteten som kan kompromisse sikkerheten til pasienten, og har den tidligere utskrivningen resultert til flere komplikasjoner.</p>	<p>knee and hip arthroplasty, fast-track,</p>	<p>Pasientene ble rekrutert fra 1. september 2010 til 1. desember 2012. Fra og med september 2010 har alle de valgte pasientene en klassifisering som I, II og III. Diagnosene er arthritus (gikt) og har en planlagt operasjon ved å skifte hofte, fast-track. Ved akutte hendelser som fraktur eller infeksjon ble ekskludert i forskningen. Pasientene var på poliklinisk to til 12 uker før operasjon og ble screenet av sykepleier og fysioterapeut. Alt av data før operasjon og det daglige målingene underoppholdet ble registrert av sykepleieren. Etter utskrivningen hadde dem oppfølgingstimer der de fikk konsultasjon med opptrening og informasjon.</p>	<p>Tidligere ble det gjort 7 hofte og knee erstatninger i løpet av en uke på Trondheim Universitets sykehus. Under forskningen ble det gjort opp til 17 operasjoner på en uke. De fant forbedring innen effektiviteten, høy tilfredshet hos pasientene samt lite endringer som komplikasjoner. Det forbedret helsen og livskvaliteten til pasientene.</p>	<p>Artikkelen er relevant for oppgaven vår, da den er norsk og nevner endringene i Norges helsevesen. Hva som skjer med pasientene når de innlegges på sykehus med planlagt operasjon innenfor fast-track. De nevner også hva som kan gå galt før, under og etter operasjonen til pasienten. Perspektivet i artikkelen omhandler pasienten og pasientsikkerheten rundt denne type operasjonsforløp, noe som besvarer en stor del av vår problemstilling.</p>

Vedlegg 2 Matrise 2

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: Utvalg, Datainnsamling, Analyse	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>APA</p> <p>Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til.</p> <p>Frøydis Bruvik Jorunn Drageset Jenny Foss Abrahamsen</p> <p><i>Sykepleien.no</i></p> <p>10.4220/Sykepleienf.20 17.60613</p>	<p>Hva har samhandlingsreformen gjort fra og med 2012 for å forsikre en bærekraftig helse og omsorgstjenester. Overføring av ansvaret for behandlingen for pasientene fra spesialhelsetjensten.</p>	<p>Utskrivning, samhandlingsreformen, sykehjem, sykehus, eldre</p>	<p>Det ble samlet opp data fra korttidsavdelingene ved et sykehjem med 35 senger. Driften og bemanningen var uendret i perioden før og etter samhandlingsreformen. Alt av opplysninger om pasientens alder, kjønn, liggedøgn og utskrivningsdestinasjon og død på sykehjem ble retrospektivt innhentet fra 168 pasienter. 70 år før perioden og etter 177 etter innføringen.</p>	<p>Det ble funnet fordobling av antall pasienter som døde på sykehjem etter sykehusopphold. Sammenlignet med før reformen. De fant dobling av pasienter som døde på sykehjem enn før. Resultatet viser at pasienter som forflyttes fra sykehus til sykehjem er eldre og har kortere overlevelse sammenliknet med situasjonene før reformen. For å kunne møte reformen burde sykehjemmene øke bemanningen og vurdere oppgavene og kompetansenivået.</p>	<p>Den konfronterer problemet som vi ønsker å som omhandler samhandlingsreformen og faller innenfor den generelle tematikken i oppgaven.</p>

Vedlegg 3 Matrise 3

Referanse APA	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: Utvalg, Datainnsamling, Analyse	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study</p> <p>Av: Lise Husby Høvik, Bjørg Aglen & Vigdis Schnell Husby</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Science</i></p> <p>Doi: 1111/scs.12514</p>	<p>Artikkelen er ute etter forståelsen av det pasienten undergikk med total kneprotese behandling i en fast-track, de første to ukene etter operasjon. Fast-track metodens mål er å forbedre pasienten utfall og pasienten er utskrivningsklar to til tre dager etter operasjon. I dette tilfellet er det lite med informasjon om hvordan pasienten har det etter operasjonen.</p>	<p>total knee arthroplasty, fast-track, coping, security, qualitative design</p>	<p>De ble brukt gruppe intervju bestående av 13 pasienter fra to forskjellige avdelinger sentralt i Norge. Undersøkelsen ble gjort fra mai til juni 2015. Intervjuene er analysert med å bruke Malterud's metode for systematisk tekst. Kvalitativ Sjekkliste gjennomført.</p>	<p>Hoved konklusjonen er at pasientens besluttsomhet og mulighet til å utføre rehabiliteringen hjemme. Fast-track virket som en buffer for pasienten, det gjorde at pasienten klarte å ta en aktiv rolle i egenomsorgen. Pasientens kapasitet for å kompensere og styrken av undervisning, kunnskap og forutsigbarhet.</p>	<p>Denne studien bringer frem ny kunnskap for pasientene og helsepersonell. Viser frem at pasientene ikke blir forlatt helt når dem blir sendt hjem, men kan bli fulgt opp hjemme hvis det er ønsket av en organisasjon. Det viser seg at det er helsepersonell må forstå at pasienten har en god mestring ressurser som kan bli bedre med utdanning, kunnskap og forutsigbarhet. Det er veldig relevant for oppgaven og kan belyse situasjonen til pasientene bedre. Som forfatterne sier så er det lite forskning på pasienten etter fastrack og uten denne kunnskapen er det vanskelig for pleierne å se de framtidige situasjonene også komplikasjoner.</p>

Vedlegg 4 Matrise 4

Referanse <small>APA</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: <small>Utvalg, Datainnsamling, Analyse</small>	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p><i>Telemedicine suppoert shortens length og stay after fast-track hip replacement</i></p> <p>Martin Svoldgaard Vesterby, Preben Ulrich Pedersen, Malene Laursen, Søren Mikkelsen, Jens Larsen, Kjeld Søballe, Lene Bastrup Jørgensen</p> <p>Acta Orthopaedica 2017, Vol 88, utg. 1, s.41-47</p>	<p>Undersøke om bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet kan bidra til raskere utskrivning fra sykehus etter fast-track hofteproteseoperasjon, uten at det skal gå utover kvalitet, pasientsikkerhet, funksjonsnivå, angst eller andre parameter fra pasientens side.</p>	<p>Fast-track Discharge Hip replacement Elderly</p>	<p>Utvalg: 72 danske pasienter som skulle gjennom elektiv fast-track hofteproteseoperasjon.</p> <p>Datasamling: Halvparten av pasientene mottok telemedisinske løsninger som var koblet til deres TV. Pasientene fikk oppfølging i ett år etter operasjonen gjennom 3 og 12- månedskontroll, i tillegg til videokonferanse på dag 2 og 6, besøk av fysioterapeut på dag 3, og besøk til poliklinikk på dag 21 og 90. Primære og sekundære resultat ble samlet og registrert ved hjelp av EpiData.</p> <p>Analyse: Statistisk analyse ble gjennomført med bruk av programvaren STATA.</p> <p>Sjekkliste gjennomført.</p>	<p>Sentrale funn i studien viser at effekten av den telemedisinske løsningen reduserte liggetiden på sykehus med ett helt døgn, uten å ha negativ innvirkning på kvalitet, pasientsikkerhet, funksjonsnivå, angst eller andre parameter.</p>	<p>Å gjøre helsepersonell oppmerksom på at bruken av slik teknologi kan føre til effektivisering av sykehusoppholdene, samt å legge til rette for å kunne behandle sykdommer ved hjelp av teknologi uten at det skal ha negativ innvirkning på viktige prinsipper. Ved hjelp av teknologien kan pasienter få tettere oppfølging og tilgang til mer nøyaktig informasjon, slik at den pre- og postoperative perioden kan få et optimalt forløp.</p>

Vedlegg 5 Matrise 5

Referanse <small>APA</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: <small>Utvalg, Datainnsamling, Analyse</small>	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>«Am I really ready to go home?»: a qualitative study of patients experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery</p> <p>T. Vandrevalla, V. Senior, L. Spring, L. Kelliher, C. Jones</p> <p>DOI 10.1007/s00520-016-3158-6</p>	<p>Målet var å fastslå pasientenes opplevelser og forventninger til fast-track operasjon og bedringsprosessen etter operasjon som skulle skje hjemme gjennom et «enhanced recovery programme».</p>	<p>Qualitative research, enhanced recovery programmes, liver cancer, discharge from hospital.</p>	<p>Utvalg: 20 pasienter ble plukket ut til å være med i gruppen som skulle teste programmet.</p> <p>Datasamling: Pasientene ble intervjuet preoperativt, og igjen intervjuet seks uker postoperativt.</p> <p>Analyse: Transkripsjoner ble analysert gjennom tematisk analyse.</p> <p>Sjekkliste gjennomført.</p>	<p>Det ble oppfattet at pasientene hadde mer håp for vellykket operasjon preoperativt. Pasientene hadde en positiv innstilling til deltagelsen i programmet, og følte de hadde et formål når de kunne arbeide målrettet etter operasjonen.</p> <p>Til tross for generell positiv innstilling, var der noen som hadde tvil om programmet. Studien viser til at et bredere støtteapparat vil være nødvendig.</p>	<p>Studien viser at unødvendig lange sykehusopphold øker risikoen for sykehusinfeksjoner, depresjon, tap av selvstendighet, og unødvendig ressursbruk. I tillegg til administrative utfordringer som forsinkelser ved innleggelse, overføring og operasjoner.</p>

Vedlegg 6 Matrise 6

Referanse APA	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: Utvalg, Datainnsamling, Analyse	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>Delirium after fast-track hip and knee arthroplasty- a cohort study of 6331 elderly patient</p> <p>Peteresn PB, Jørgensen CC, Kehlet H</p> <p><i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i></p> <p>Doi: 10.1111/aas.12932</p>	<p>Postoperativt delirium (PD) er et velkjent fenomen som er kjent blant eldre kirurgiske pasienter, som assosieres med økt symptomer, dødelighet og oppholdstid. Meningen bak fast-track skal gi mindre sjanse for sykdom og dødelighet, for å identifisere grunnene for postoperative delirium.</p>	<p>Fast-track Discharge Hip Knee Elderly</p>	<p>Prospektive studie ble brukt med tilbakeblikk analysere de utskriv og sykdomshistorikken av 6331 pasientene som fikk PD under sykehus oppholdet. Pasientene er over 70 års alderen og oppholdstiden er over fire dager. Det ble samlet inn fra januar 2010 til november 2013.</p>	<p>Konklusjonen er at eldre pasienter med PD symptom har mindre sjanse med opphold på mer en fire dager med fast-track. De pasientene som er eldre enn 81 år hadde større sjanse for å utvikle PD med fast-track. Sykehusoppholdet deres varte opp til 7-14 dager.</p>	<p>Denne forskningen er relevant for oppgaven da vi får andre komplikasjoner av de kirurgiske operasjonene og hva det gjør med pasientene. Det gir en peke pinne hvor skadelig fast-track kan være for dem som er eldre enn 81år. Det gir oss en innsikt på hva som kan gjøre med.</p>

Vedlegg 7 Matrise 7

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode:	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>APA</p> <p>Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelse-tjenesten og betydningen for jobbtilfredshet A.Sletner, L.Halvorsrud</p> <p>Utgiver: Sykepleien.no</p> <p>DOI- nummer: 10.4220/Sykepleien f.2020.80410</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer helsearbeidere i kommunal helsetjeneste har i forhold til bruk av observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) etter undervisning i ALERT (Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment). Det skal også undersøkes sammenheng mellom disse erfaringene og jobbtilfredshet.</p>	<p>Observasjons-verktøy</p> <p>Helsepersonell</p> <p>Jobbtilfredshet</p> <p>Kommunehelse-tjenesten</p> <p>Tverrsnittstudie</p>	<p>Metode: Utvalg, Datainnsamling, Analyse</p> <p>Tverrsnittstudie. Helsearbeidere fra seks sykehjem og sju distrikter i hjemmetjenesten på Østlandet fikk utlevert spørreskjema. Det ble brukt beskrivende statistikk med frekvenser og krystabeller angående opplæring i MEWS og de sosiodemografiske variablene «utdanning», «arbeidssted» og «erfaring». Regresjonsanalyse i forhold til jobbtilfredsheten og bruken av MEWS.</p>	<p>Helsearbeiderne oppga at ALERT hadde positive innvirkninger på kompetanseutviklingen. Over 70% rapporterte at opplæringen i hvordan man bruker MEWS og at erfaringen med å bruke den i arbeidshverdagen bidro til bedre kunnskap, trygghet ved observasjon, mer bevissthet i forhold til kritisk syke, trygghet med å prioritere og iverksette tiltak, økt faglig trygghet og mer struktur i samarbeid med kollegaer. Det ble med forsiktighet antydnet at hevelsen av kompetansen kan ha sammenheng med den høye jobbtilfredsheten. For å kunne kvalitetssikre observasjoner og ha effektiv kommunikasjon på tvers av behandlingsnivåer i helsetjenesten, burde flere kommuner benytte seg av dette tiltaket.</p>	<p>Samhandlingsreformen har medført økt andel syke eldre som blir tatt hånd om av kommunehelsetjenesten. Som følge av dette har det blitt økende behov for kompetanseheving i denne delen av helsevesenet. Vi vil gjennom oppgaven vår vurdere forsvarligheten i å skrive ut pasienter til en kommunal helsetjeneste, som muligens ikke er klar for å motta og behandle pasienter med dette nivået av pleiebehov. Har kommunen iverksatt tiltak som gjør det forsvarlig å motta pasienter som er sykere enn de var før samhandlingsreformen ble innført?</p>

Vedlegg 8 Matrise 8

Referanse <small>APA</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Nøkkelord	Metode: <small>Utvalg, Datainnsamling, Analyse</small>	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
<p>Impact of surgical site infection on healthcare cost and patient outcomes: a systematic review in six European countries.</p> <p>J.M Badia, A.L Casey, N. Petrosillo, P.M Hudson, S.A Mitchell, C. Crosby</p> <p><i>Journal of Hospital Infection</i></p> <p>Doi: 10.1016/j.jhin.2017.03.004</p>	<p>Infeksjon i operasjon er assosiert med økt dødelighet. Det er også en byrde for intuisjonens økonomi og har en negativ innflytelse på livs kvaliteten. I denne studien skal de undersøke hvilke kostnader som følger med en infeksjon i operasjonssår.</p>	<p>Surgical site infection Surgery Europe Economic burden Quality of life</p>	<p>Systematisk gjennomgang, en kvalitativ og består av 26 studier som møtte deres kriterier og som ble analysert. Studiene kommer fra en rekke land i Europa som Frankrike, Tyskland, Nederland, Italia, Spania og Storbritannia.</p> <p>De samlet inn data fra databasene Embase, Medline og Cochrane Library.</p> <p>De utvalgte studiene ble inndelt i kategorier etter hvilken type operasjon som ble utført. Kvalitetsvurdering over kostnader ved sykdom/byrde ble vurdert ved hjelp av sjekklister som var tilpasset kostnader ved sykdom.</p>	<p>Sentrale funn i studien viser at kostnadene og liggetiden blir opp imot doblet dersom det oppstår infeksjon i operasjonssåret.</p> <p>Konklusjonen i studien sier at infeksjon i operasjonssår ikke bare påvirker kostnadene til sykehuset, men også har store innvirkninger på pasientens livskvalitet og økonomi.</p>	<p>Denne forskningen er relevant for praksis fordi den viser hvor store konsekvensene postoperative infeksjoner kan ha både for pasienten og sykehuset. Da sykehus har stort fokus på at pasienter skal ha kort liggetid, er det viktig å unngå faktorer som påvirker liggetiden i så stor grad som infeksjon gjør.</p>

Vedlegg 9 Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Discharge patient & Patient experience & Telemedicine	26.11.19	CINAHL	48	4	3	Husby et al, 2017 Vesterby et al, 2017 Vandrevala et al, 2016
Utskrivning fra sykehus til sykehjem	26.11.19	Sykepleien Forskning	35	3	1	Foss et al, 2017
Discharge+ Fast-track	26.11.19	CINAHL	8	2	1	Petersen et al, 2017
Patient experience+length of stay	11.12.19	Cinahl	77	4	2	Winther et al, 2015
Opplæring i systematisk observasjon + alert	23.03.20	Sykepleien Forskning	9	3	2	Sletner, Halvorsrud, 2020

Length of stay + Early discharge or reduce lenght of stay+ Patient experience+ Outcome assassment + Patient safety + Quality of life + Empowerment + Postoperative complications	23.03.20	CINAHL	48	1	1	J.M. Badia et al, 2017
---	----------	--------	----	---	---	---------------------------

