

Malene Nordahl Eriksen, 10051  
Vemund Fyrun, 10100

## **Risiko ved pasientoverganger**

*"Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom sykehus og kommune, for den eldre pasient med sammensatte sykdomsforløp?"*

*Antall ord: 7 212*

*Litteratustudie*

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Anne Vifladt

Juni 2023



Malene Nordahl Eriksen, 10051  
Vemund Fyrun, 10100

## **Risiko ved pasientoverganger**

*"Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre trygge pasientoverganger mellom sykehus og kommune, for den eldre pasient med sammensatte sykdomsforløp?"*

*Antall ord: 7 212  
Litteratustudie*

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Anne Vifladt  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

<b>Tittel:</b>	Risiko ved pasientoverganger	<b>Dato:</b>	29.05.23
<b>Forfattere:</b>	Malene Nordahl Eriksen og Vemund Fyrn		
<b>Veileder:</b>	Anne Vifladt		
<b>Nøkkelord:</b>	Sykepleie, pasientoverganger, risikoer, sykehus, kommune		
<b>Antall sider/ord:</b>	31 / 7 212	<b>Antall vedlegg:</b>	1
<p><b>Bakgrunn:</b> Pasientoverganger er en daglig utfordring innen sykepleie. Prosessen utfordres av jevnlig feil og mangler, når pasienter overflyttes mellom helsetjenester. Samhandlingsreformen viser til at pasienter skal ha rett på helsehjelp til enhver tid. Viktigheten av dette økes ved at det blir flere eldre i samfunnet. Regjeringen kommer ut med at de ønsker å styrke arbeidet innen helsevesenet, for pasientsikkerhet og kvaliteten på arbeidet.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere feil eller mangler ved pasientoverganger.</p> <p><b>Metode:</b> Det er gjort en litteraturstudie, som inneholder et innledende søk og et strukturert søk som har ledet frem til sju forskningsartikler. Seks av de sju artiklene er hentet fra databasene Chinal og PubMed. Kildene i oppgaven er hentet fra helsevitenskap, annen relevant faglitteratur og lovverk. Artiklene er fra 2008 til 2023.</p> <p><b>Resultat:</b> Det kommer tydelig frem at det ofte skjer mangler eller feil ved utskrivelse av pasienter fra sykehus til kommune. Disse feilene finner vi ved informasjonsflyt, dokumentasjon, kartlegging og legemiddellister.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleiere opplever oftere at det skjer feil eller mangler ved pasientoverganger. Dette er noe som kan reduseres ved at sykepleiere tilnærmer seg ny kunnskap og er villig til å lære. Pasientoverganger kan bli tryggere dersom sykepleiere bruker god nok tid til å dokumentere, og for å holde kommunen oppdatert til enhver tid. Sykepleiere kan bidra til å sørge for at legemiddellistene er samstemte og informasjonsflyten er tilstrekkelig. Helsepersonell kan bli flinkere til å ta kartlegginger ved innkommst, for å starte planleggingen av utskrivning tidlig nok.</p>			

## Abstract

<b>Title:</b>	Risk of patient transfers	<b>Date:</b>	29.05.23
<b>Authors:</b>	Vemund Fyrun og Malene Nordahl Eriksen		
<b>Supervisor:</b>	Anne Vifladt		
<b>Keywords:</b>	Nursing, patient transfers, risks, hospital, municipality		
<b>Number of pages/words:</b> 31 / 7 212		<b>Number of appendixes:</b> 1	
<p><b>Background:</b> Patient transitions are a daily challenge in nursing. The process is challenged by regular errors and deficiencies when patients are transferred between healthcare services. The co-operation reform indicates that patients always have the right health care. The importance of this is increased by the fact that there are more elderly people in society. The government states that they want to strengthen the work within the healthcare system, for patient safety and the quality of the work.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this literature study is to show how nurses can contribute to reduce errors or omissions in patient transfers.</p> <p><b>Methods:</b> It's done a literature study who include an initial search and a structured search which have led to seven research studies. Six of the seven articles are taken from the databases Chinal and PubMed. The sources in this case are taken from health science, other relevant specialist literature and legislation. The articles are from 2008 to 2023</p> <p><b>Result:</b> It's clear that it often happens omissions or errors when patients are discharged from the hospital to the municipality. We find these errors in the flow of information, documentation, mapping and drug lists.</p> <p><b>Conclusion:</b> Nurses more often experience that errors or omissions occur during patient transfers. This is something that can be reduced by nurses approaching new knowledge and being willing to learn. Patient transitions can become safer if nurses spend enough time to document, and to keep the municipality updated at all times. Nurses can help to ensure that the drug lists are agreed and the flow of information is sufficient. Healthcare personnel can become better at taking surveys on arrival, in order to start planning discharge early enough.</p>			

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
1.1 Samhandlingsreformen .....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans .....	5
1.3 Studiens videre oppbygging .....	5
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>5</b>
2.1 Eldre pasient .....	6
2.2 Pasientoverganger .....	6
2.3 Pasientsikkerhet .....	6
2.4 Sykepleieprosessen .....	6
2.5 Samhandling .....	7
2.6 Human factory .....	7
2.7 Problemstilling med avgrensing .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Litteraturstudie .....	8
3.2 Søkestrategi .....	8
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
3.4 Begrunner valg av artikler .....	11
3.5 Tematisk analyse .....	11
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1 Skjematisk oversikt over artikkelmatriser .....	13
4.2 Sammenfatning av matrise resultater .....	20
4.2.1 Sykepleiere fra sykehus samhandler og samarbeider med andre sykepleiere ute i kommunen .....	20
4.2.2 Sykepleiere jobber for god koordinering og tidlig utskrivelse .....	20
4.2.3 Svikt i kommunikasjon fører til dårlig samarbeid og mangler ved pasientoverganger .....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1 innledning .....	21
5.2 Drøfting .....	22
5.2.1 To verdener: samhandling og samarbeid mellom sykepleiere .....	22
5.2.2 Redusere mangler ved legemiddelhåndtering og reinnleggelser .....	23
5.2.3 Organisatorisk arbeid kan redusere uønskede hendelser .....	24
5.2.4 Kartleggingsverktøy som et tiltak .....	25
5.3 Implikasjoner for sykepleiefaget .....	26
5.4 Styrker og svakheter .....	26

<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>27</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>29</b>



## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Samhandlingsreformen

Pasientoverganger skjer hyppig i helsevesenet hvor pasienter overføres mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og egne hjem. Tross jevnlig overganger, skjer det likevel ofte avvik rundt denne prosessen. Regjeringen ønsker å styrke arbeidet for pasientsikkerhet og øke kvaliteten på feltet (Regjeringen, 2022). Dette er av stor relevans grunnet daglige utskrivninger fra norske sykehus og ut til sine hjemkommuner. Regjeringen (2022) jobber også for et helhetlig pasientforløp hvor pasientens grunnleggende behov skal bli ivaretatt, noe som er kjernen i samhandlingsreformen. Det stilles dermed krav til pasientoverganger, da dette er et sårbart ledd i pasientforløpet (Aase, 2022). Samhandlingsreformen ble innført, dette for å bidra med å sikre helse- og omsorgstjenester. Et sentralt punkt i reformen har vært overføring av behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (Meld. St. 47. (2008-2009)).

Et forløp er kjernen av hendelser en pasient møter i ulike deler av helsevesenet. For å oppnå et trygt og sikkert forløp vil det bli satt sammen på en rasjonell og koordinert måte, for å møte pasientens ulike behov. Et av hovedutfordringene som sto på som verst før det ble en reform var at pasientens behov for et koordinert og sikre tjenester besvarte ikke godt nok (J. N. Kristoffersen, 2021). Dette bygger oppunder valget våres av tema og følgende problemstillinger om blir presentert i punkt 2.7.

### 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Jobben til sykepleiere er også å sikre og trygge pasientoverganger ved hjelp av god kommunikasjon og dokumentasjon. Vår erfaring fra sykepleiepraksis er det flere eksempler på mangelfull kommunikasjon i pasientoverganger der pasienter flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunal omsorg. Det er nettopp derfor vi har valgt å fokusere på dette temaet og følgende problemstilling. Pasientoverganger er et relevant tema for sykepleie ettersom dette er en prosess som helsepersonell jobber med daglig. Sykepleier har en viktig jobb når det kommer til hva som skal journalføres og ikke, her er det egne rammer for journalføring som helsepersonelloven blant annet stiller krav til (Skaug, 2021).

### 1.3 Studiens videre oppbygging

Studien består av innledning, bakgrunn med teori, metode, resultatpresentasjon, diskusjonsdel, drøfting og en konklusjonsdel. Teoridelen inneholder hva sykepleierens funksjoner og ansvar innebærer, samt teori om teamarbeid og kommunikasjon. Metodedelen tar for seg begrunnelse for valg av metode, søkestrategi og aktuelle funn. Gjennom drøftingen vil teori settes opp mot funn i forskningsartikler og egne erfaringer. Det gjøres kort rede for implikasjoner, styrker og svakheter ved oppgaven. Deretter kommer en avsluttende konklusjon. Her legges det frem en besvarelse på problemstillingen.

## 2.0 Bakgrunn

I bakgrunns delen finner du begrepsavklaringer på hva vi anser som viktige og sentrale begreper for temaet, samt redegjørelse av teori vi har benyttet oss av i besvarelsen av problemstillingen. Det belyses om den eldre pasient, pasientoverganger, pasientsikkerhet, sykepleieprosessen og hensikten. Det eksisterer forskning som baserer

seg på pasientoverganger fra sykehus til hjemkommune hvor det er fokus på kommunikasjons- og koordineringsforbedringer.

## 2.1. Eldre pasient

Den eldre befolkningen vokser globalt og vil påvirke hvordan sykehuset og kommunen jobber, på grunn av at denne pasientgruppen har en større risiko for et komplekst sykdomsbilde (Abrahamsen et al., 2019). I boken «*geriatrisk sykepleie*», skrevet av Ranhoff (2020) står det, ifølge WHO, at den eldre pasient defineres fra aldersspennet 60 og oppover. Det vil si at denne pasientgruppen har større risiko for flere helseproblemer og kroniske sykdommer i forhold til pasientgruppen under 60 (Ranhoff, 2020); (World Health Organization, 2022).

## 2.2 Pasientoverganger

Opgaven baser seg på pasientoverganger. Dette innebærer at en pasient forflyttes mellom ulike tjenester. Pasientoverganger defineres som et sett av handlinger som har som hensikt å sikre koordinering og kontinuitet i helsetjenesten når pasienter overføres (Aase, 2022). I en artikkel fra 2019 i VG kommer det frem at sykehuset ikke sendte fullverdig pasientinformasjon til kommunene som skulle ta imot pasienten. Dette gjorde at sykehuset måtte tilbakebetale flere millioner i innkrevende bøter (Majid et al., 2019). Opgaven vil fokusere på eldre pasienter med sammensatte sykdomsforløp, ettersom det er en økning av eldre multimorbide i samfunnet. Pasientoverganger blir i tillegg en utfordring av et sammensatt sykdomsbilde, fordi vi blir eldre og elver lengre (Abrahamsen et al., 2019).

## 2.3 Pasientsikkerhet

Samhandlingsreformen legger vekt på tilstedeværelse av pasientsikkerhet. Pasienten skal bli vernet for unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innbefatter også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Aase, 2022). For å oppnå god pasientsikkerhet vil autonomi være sentralt. Autonomi omhandler selvbestemmelse, tar pasienten del i beslutninger som blir gjort i pasientforløpet (Pedersen, 2021). Eldre kan oppleve feil rundt medisiner, årsaken til dette er mangler ved samstemming i forbindelse med utskrivelsesrapporter, da det ofte er medisinerendringer hos den eldre pasient. Dette er med å påvirke pasientsikkerheten (Johnsen, 2016). Sykepleierens ansvarsområde favner hele pasienten, og det kreves en sammensatt forståelse for å kunne ute tilstrekkelig helsehjelp. Dette utfordres også av at pasienter blir eldre og har mer sammensatte sykdomsforløp. Det stilles dermed høyere krav til gode rutiner for å sikre kvalitet rundt pasientoverganger, hvor sykepleiere har en sentral rolle (Aase, 2022)

## 2.4 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen deles inn i datasamling, problemformulering, formulering av sykepleietiltak, iverksetting av tiltak og evaluering og justeringer. Dette skal dokumenteres i dokumentasjonssystemer i helsetjenesten, etter de tolv behovsområdene basert på Hendersons teori (J. N. Kristoffersen, 2021). Denne dokumentasjonen er grunnlaget for en god og sikker sykepleiesammenfatning. Grunnlaget for gode notater til dokumentasjon ligger i datainnsamlingen. Dette gjøres gjennom kartlegginger som sykepleierne gjennomfører. Sykepleieprosessen er viktig i redskap til å sikre pasientoverganger, ettersom det er et verktøy for kontinuerlig vurdering av pasienter. I

den forbindelse er dokumentasjon et viktig redskap for utøvelse av sykepleieprosessen, for å vurdere pasientens tilstand. Ofte trenger eldre med sammensatte sykdommer videre oppfølging i hjemkommunen, enten det er med plass på sykehjem eller bistand fra hjemmebaserte tjenester. Sykepleieprosessen viser seg viktig her ved at det er en god kilde for videre planlegging og oppfølging. Dette er grunnlaget for at hjemkommunen skal få tilstrekkelig informasjon om pasienten for å sørge for riktig oppfølging og behandlingen videre (Skaug, 2021).

## 2.5 Samhandling

Samhandling mellom ulike instanser i helsetjenesten innebærer stor fare for svikt, som kan ha store konsekvenser for den eldre pasient (Aase, 2022). Alle har krav på et helhetlig pasientforløp og helsehjelp, skal bære preg av kontinuitet og god samhandling mellom tjenestene (J. N. Kristoffersen, 2021). For å dekke pasientene sine grunnleggende behov, vil god samhandling og samarbeid være viktig for videreformidling av informasjon. Her ser vi igjen at samhandlingsreformen er viktig for at pasienten skal få rett hjelp til rett tid. I boken «*hjemmesykepleien*» står det at samhandling og koordinering mellom ulike instanser og aktører innen helsetjenesten kan være et utfordrende punkt, men vil være veldig viktig for et trygt pasientforløp og kvaliteten videre (Fjørtoft, 2019). Samhandlingsreformen sier at det skal være et helhetlig og et sømløst pasientforløp. Hvor helsetjenesten jobber for å øke kvaliteten. Dette betyr at pasientene skal skrives ut raskere fra sykehus og ut igjen til hjemkommune (Finnbakk & Heyn, 2021).

## 2.6 Human factory

Helsetjenesten jobber for å øke tryggheten og kvaliteten på omsorgen. Usikkerheten rundt de uønskede hendelsene som forekommer i helsetjenesten har blitt anerkjent som en global utfordring. Det jobbes enda for å forstå konsekvensene og årsakene til uønskede hendelser, og det letes etter å finne løsninger. WHO (2016) uttrykker nødvendigheten av å redusere skader innen helsetjenesten. Styrke sykepleierne ved å øke kunnskapsnivået og styrke sykepleierne kan være med på å redusere uønskede hendelser og gjøre helsetjenesten tryggere for pasientene. Begrepet «Human factors» blir benyttet som et sentralt begrep i denne oppgaven ettersom vi ser at individfeil kan oppstå ved pasientoverganger. «Human factors» omfavner menneskelig feil, hvorav «human factory» går ut på at enkeltpersoner ikke alene kan klandres når det skjer et avvik, uansett karakter, men anerkjenner også systemet bak som sviktende (World Health Organization, 2016).

Feilene kan oppstå når det gjelder informasjon til kommunen, feil i medisinsamstemming, manglende prosedyrer og kartlegginger, som er med på å redusere det helhetlige pasientforløpet. Feilene kan oppstå på både individnivå og systemnivå, hvor systemnivået skal sørge for at hendelsene som oppstår ikke gjentar seg. Det er derfor viktig at en har et systemnivå som fungerer og forhindrer at individfeil skjer ved overganger (Aase, 2022).

## 2.7 Problemstilling med avgrensning

Vi har i vår bachelor oppgave lagt vekt på sykepleiere sitt perspektiv, og hvordan redusere risikoer ved pasientoverganger. Det blir derfor foretatt en avgrensning til at oppgaven skal omhandle utskrivingsprosessen og pasientoverganger fra sykehus, og ut til hjemkommune. Det fokuseres på kommunikasjon, koordinering, samhandling,

medisinlister, kartlegging og dokumentasjon. Ved bakgrunn i risikoer ved pasientoverganger, er problemstillingen følgende:

*«Hvordan kan sykepleiere bidra med å sikre trygge pasientoverganger mellom sykehus og kommune for den eldre pasient med sammensatte sykdomsforløp?»*

Vi ønsker å søke og finne svar på hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere risikoene ved pasientoverganger hos eldre, og hvilke tiltak som kan iverksettes. Ved å benytte relevant forskning og annen faglitteratur, satt opp mot dagsaktuelle nyhetsartikler. Størst risiko er det likevel hos eldre pasienter med sammensatte sykdomsforløp. Disse har ofte flere medikamenter til daglig og er i risikogruppen for flere kroniske diagnoser. Vi har derfor valgt å ha fokus på denne pasientgruppen ettersom det er her det oftest skjer avvik.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Bachelor oppgaven våres er en litteraturstudie. Litteraturstudie er en sammenfatning av andre sin forskning og skriftlige kilder (Thidemann, 2023). Teori og kunnskap er hentet fra fagbøker, pensumlitteratur, forskningsartikler og andre nettkilder. Vi har benyttet oss av kvalitative og kvantitative studier for å belyse problemstillingen (Aveyard, 2019). Hensikten med kvalitative studier er å få svar på noe du lurer på ut ifra menneskelige erfaringer, egenskaper og opplevelser. Dette for eksempel ved hjelp av intervju eller telefonsamtaler. Kvantitative studier blir også benyttet i form av statistikk og analyse. Her skal en komme frem til et svar, ofte basert på overordna resultat, og ikke enkeltindividets svar (Thidemann, 2023). Gjennom metoddelen har det blitt gjennomført et omfattende litteratursøk etter forskningsbaserte artikler som vil svare på problemstillingen. Artikkene ble analysert, hvor en samtidig stilte seg kritisk til innholdet, dobbeltsjekket artikkene, forfatteren og tidsskriftene. Artikkene inneholder resultater som skal analyseres, presenteres og drøftes.

### 3.2 Søkestrategi

Søkestrategien som benyttes i oppgaven inneholder både et innledende- og systematisk søk. Det innledende søket ble gjort uten et systematisk PICO-skjema, kun et skjema med flere synonymer uten noe innsnevret søk. Etter søket fikk vi mange treff, hvorav vi måtte sortere relevansen opp mot problemstillingen. Vi gikk så inn på artikler som hadde flere fellestrekk, men som likevel ikke svarte fullt på det oppgaven spør etter. Det ble brukt referanser innad i teksten for å lete videre etter relevante søkeord. Vi fant her en artikkel som samsvarte bra med problemstillingen.

Dette er en hensiktsmessig måte å kartlegge og identifisere vitenskapelige artikler som svarer med vår problemstilling (Aveyard, 2019). Ut ifra valgte «key-words» og emnebegrep, ble det fylt ut et PICO-skjema (vedlegg 1). Dette med baktanke om relevans til problemstillingen. For å utarbeide skjemaet brukte vi hjemmesiden til regjeringen, WHO og helsedirektoratet. Dette la grunnlaget for valget av ulike ord og synonymer. Dette ga oss en oversikt over ord og begreper som benyttes hos troverdige kilder som vi tar med videre i den systematiske søkeprosessen. Aveyard (2019) anbefaler å bruke flere søkestrategier på grunn av at en kan miste relevant informasjon via forskjellige søk i databaser. I tillegg kan søk i et systematisk skjema gjøre at relevante studier blir borte, grunnet brukte synonymer og ikke nøkkelord.

Vi brukte nettsiden meSH-term browser for å undersøke om ordene var et meSH eller om det var et «key word» (Medicine, 2023). MeSH-termer er en forkortelse for Medical Subject Headings. Det er et begrep innen helse og medisin, som kobler sammen alle nærliggende begreper og synonymer (Aasen & Nylund, 2012). «Key word» er ikke alltid til å samsvare på tvers av databasene. Vi ønsket derfor å ha flest mulig ord som er felles, altså meSH-therms. Ved bruk av disse fikk vi et mer avgrenset søk, med færre, men flere relevante artikler. Vi fikk mange resultater på hver database, det ble valgte å bruke et eksklusjonskriterium tidlig for å redusere antall på artikler. Kriteriet som ble valgt var å ekskludere alle artiklene som var publisert tidligere enn 2008 (se tabell 1).

Vi benyttet derfor PICO-skjema som mal for å plassere de valgte søkeordene, dermed søkte strategisk med disse ordene i databasene Cinahl og PubMed. Etter bearbeiding av PICO-skjemaet, endte søket opp med totalt seks artikler fra det strukturerte søket. Det ble i tillegg gjennomført et generelt søk på en annen artikkel fra det innledende søket i Oria. Dette er en artikkel som svarer på problemstillingen våres, og det ble derfor besluttet og inkludere denne artikkelen for å styrke litteraturstudien.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å benytte følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne syv relevante artikler. Dette var et hjelpemiddel for å ekskludere artikler som ikke var relevante og som ikke svarte på problemstillingen våres. Vi benyttet oss av disse kriteriene under søkeprosessen.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler på engelsk, norsk, dansk og svensk.</li> <li>• Artikler som inkluderer pasientoverganger</li> <li>• Sykepleiere som jobber på sykehus eller ute i kommunen</li> <li>• Artikler mellom 2008-2023</li> <li>• Artikler som svarer på problemstillingen</li> <li>• Artikler som omhandler sykepleieintervensjoner</li> <li>• IMRaD-struktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som ikke er fagfelleurdert eller vitenskapelig tidsskrift</li> <li>• Artikler uten engelsk, norsk, dansk eller svensk språk</li> <li>• Artikler eldre enn 2008</li> <li>• Artikler som omhandler en spesifisert diagnose</li> </ul>

Tabell 2 Søketabell

Søk	Søkeord	Kombinasjoner	Cinahl	Pubmed	Ulikheter
<b>S1</b>	Patients		315 893	80 127	MH
<b>S2</b>	Aged		940 833	3 443 870	MH
<b>S3</b>	Elderly		111 616	301 350	TW
<b>S4</b>		S1 OR S2 OR S3	1 202 023	3 580 225	
<b>S5</b>	Comorbidity		70 430	126 528	MH
<b>S6</b>	Frail		14 167	25 009	TW/MH
<b>S7</b>		S5 OR S6	83 777	150 238	
<b>S8</b>	Patient transfer		9 773	9 607	TW/MH
<b>S9</b>	Transitional care		3 462	2 779	MH/TW
<b>S10</b>	Patient discharge		36 124	38 954	MH
<b>S11</b>		S8 OR S9 OR S10	42 301	49 579	
<b>S12</b>		S4 AND S7 AND S11	1 390	1 670	
<b>S13</b>	Nursing		785 860	648 260	TW
<b>S14</b>	Patient safety		142 502	25 253	MH
<b>S15</b>	Quality of health care		906 812	8 065 985	MH
<b>S16</b>		S14 OR S15	1 006 098	8 073 439	
<b>S17</b>		S12 AND S13 AND S16	151	297	
<b>S18:</b>		S12 AND S13 AND S16  • 2008	134	228	
<b>Totalt</b>			362		

\*MH = MeshTerms (dato for søket er gjort den 21. april)

\*TW = Tekst Word

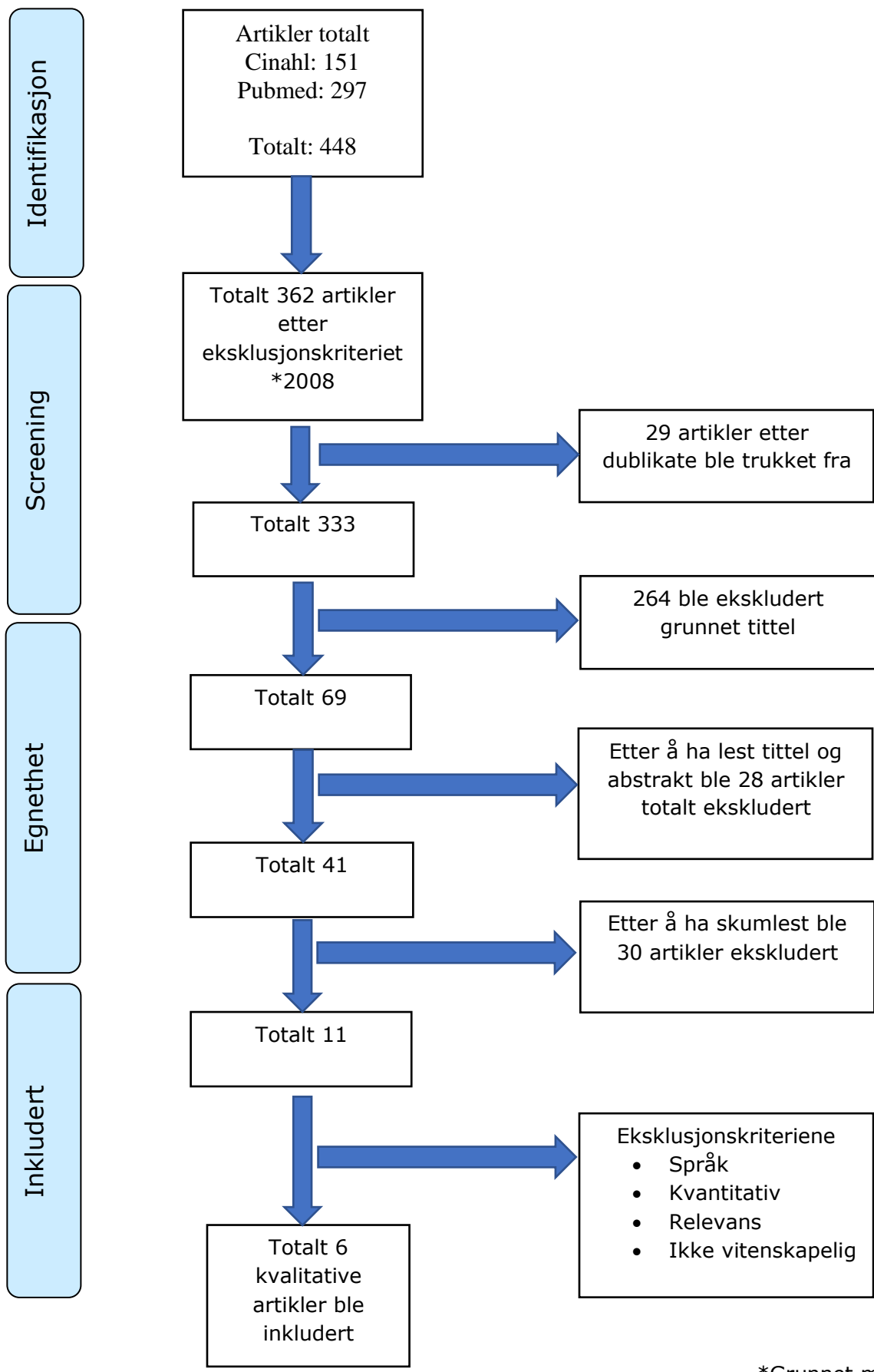
### 3.4 Begrunner valg av artikler

Vi endte opp med sju artikler, som alle belyser problemstillingen. De ulike artiklene handler om risikoer ved pasientoverganger, og legger vekt på ulike faktorer som: medikament, samstemming, tidlig utskrivelse, kommunikasjon, koordinering, kartlegging, samarbeid og samhandling. Alle disse er viktige faktorer for å få et helhetlig pasientforløp, og artiklene vi valgte omhandler dette. Vi gikk systematisk gjennom hver artikkel og sjekket disse opp mot sjekklistene på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

### 3.5 Tematisk analyse

Vi kom frem til de relevante forskningsartiklene gjennom et strukturert prismeskjema ved hjelp av inklusjon- og eksklusjonskriteriene (tabell 1). Fremgangsmåten er vist i det følgende prismeskjemaet (figur 1). Vi gikk fra 448 artikler totalt fra databasene Cinahl og PubMed, og endte med seks forskningsartikler, som blir benyttet i oppgaven. Dette la grunnlaget for videre analyse av resultatene til litteraturstudien.

Tidemann (2023) skriver at å analysere teksten handler om å lese den flere ganger og forstå den. Analyse og tolke blir slått sammen og en skal lese teksten i deler og i sin helhet. Den kritiske analysen vi gjør her for å finne ut om artiklene vi har funnet er gode, vil være med på å styrke dem. Ettersom vi gransker og tolker resultatene (Thidemann, 2023). Aveyard (2019) beskriver «thematic analysis» som en metode for å analysere og tolke artiklene på. Denne metoden ble tatt i bruk for å sammenfatte temaene i artiklene. Artiklene ble grundig gjennomgått og lest flere ganger. Vi markerte det som var aktuelt i artiklene og gransket resultat, for å sikre at artiklene var relevante for oppgaven. Dette for å sikre at artiklene er relevante for oppgaven (Aveyard, 2019). Gjennom den tematiske analysen fant vi temaer for hver og en av de sju artiklene. Det er ved temaene vi vil komme frem til et svar på våres problemstilling.



Figur 1 Prismeskjema

\*Grunnet mange treff, valgte vi å ekskludere artikler før 2008 tidlig.



## 4.0 Resultat

### 4.1 Skjematisk oversikt over artikkelmatriser

Tabell 4.1.1

<b>Artikkel 1:</b>	
<b>"It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study</b>	
<b>Referanse:</b>	(Foged et al., 2018)
<b>Tidsskrift:</b>	<i>Journal of Clinical nursing</i>
<b>Årstall:</b>	2018
<b>Land:</b>	Danmark
<b>Hensikt</b>	Å utforske hvordan sykehus og hjemmetjenesten snakker sammen om hvordan de synes det tverrfaglige samarbeidet er knyttet til pasientoverganger for eldre skrøpelige med sammensatte sykdommer.
<b>Metode</b>	Dataen ble samlet inn fra 24 ulike fokusgruppeintervjuer utført med sykepleiere fra åtte sykehusavdelinger, seks kommuner og totalt 165 timer med observasjoner utført på tre sykehusavdelinger og kommuner.
<b>Resultat</b>	Oppfatningen av pleie og omsorg var forskjellig på tvers av sektorene. Sykepleierne uttrykker at de har et felles mål for pasientene – men at det blir lagt vekt på ulike verdier ved disse målene. Mangel på kunnskap og arbeidsforholdene til hverandre skapte antakelser og forutsetninger, som påvirker kommunikasjon og samarbeid knyttet til planlegging og gjennomføringen av en trygg og sikker pasientovergang negativt.
<b>Konklusjon</b>	Sykepleiere oppfatter sykehus og hjemmetjenesten som «to ulike verdener». Samarbeidet var preget av utilstrekkelig kommunikasjon og forståelse for kunnskap, ulike kulturer og yrkesidentitet.
<b>Relevant for studie</b>	Denne er relevant for våres studie fordi den går inn på samarbeid mellom ulike sektorer. Hvordan dette kan være med på å påvirke pasientoverganger negativt, og hva en sykepleier kan gjøre for å redusere disse risikoene. Svarer godt på problemstillingen og understreker hva en sykepleier kan gjøre. Sykepleie relevant.

Tabell 4.1.2

<b>Artikkel 2:</b>	
"Early completion of the discharge risk screen by Nurses in Acute Care Wards"	
<b>Referanse:</b>	(Bothe et al., 2010)
<b>Tidsskrift:</b>	<i>Journal of Nursing Care Quality</i>
<b>Årstall:</b>	2010
<b>Land:</b>	Australia
<b>Hensikt</b>	Å vurdere om tidlig utskrivning av pasienten vil redusere risikoen ved pasientoverganger.
<b>Metode</b>	Studien bruker 100 medisinske journaler av pasienter som har ligget inne mer enn 48 timer på 2 avdelinger. Pasienten hadde sammensatte sykdommer, 64 år og oppover. Avdelingene ble valgt ut grunnet at det var avdelinger med flest eldre med sammensatte sykdommer.
<b>Resultat</b>	Det var 44% av innlagte pasienter som ikke ble vurdert tidlig nok med screening, og kunne derfor være i fare for en uheldig hendelse hjemme. 37% av de 100 pasientene som gjennomgikk screening ved innkomst, hadde ikke noen uønskede hendelser ved utskrivelse.
<b>Konklusjon</b>	En burde begynne med å planlegge utskrivelse ved innleggelse, for at en skal få fatt på hele situasjonen. Dette for å få god og trygg pasientovergang. Ved innleggelse skal screeningverktøy tas i bruk, for å kartlegge pasientens behov for videre oppfølging etter sykehusinnleggelsen.
<b>Relevant for studie</b>	Artiklene belyser viktigheten av sjekklister og screeningsverktøy ved innleggelse i forhold til å få planlagt tidlig nok utskrivelse. Dette svarer godt på problemstillingen ettersom den omhandler at sykepleiere kan bli flinkere til å ta i bruk dette.

Tabell 4.1.3

<b>Artikkel 3:</b>	
"Medication regimes of frail older adults after discharge from home health care"	
<b>Referanse:</b>	(Bub et al., 2014)
<b>Tidsskrift:</b>	<i>HHS Public Access</i>
<b>Årstall:</b>	2014
<b>Land:</b>	USA
<b>Hensikt</b>	Å undersøke både antall og typer avvik som var til stede hos eldre pasienter med risiko for medisin håndterings-problemer etter utskrivning.
<b>Metode</b>	For denne kvalitative studien ble det utført et tverrsnitts design i analysen for medisinbehandlingen for eldre med sammensatte sykdommer. Studien er tatt utgangspunkt i tre hjemmetjenester hvor det var 414 deltakere. Studien tok for seg pasienter fra 60 år.
<b>Resultat</b>	Gjennom forskningen kommer det frem at det blir gjort store medisineringsfeil i hjemmet etter utskrivning. Rangert etter prosent omhandlet dette seponering (23%), styrke (18%), dose (12%) og frekvens (17%). Overgangen uten at det er gjort samstemming av legemidlene blir stor og feil skjer når det blir endringer i en av disse faktorene. Forskningen fant ut at 48,7% hadde flere enn en lege til å skrive medisinalister. Pasientene hadde i gjennomsnittlig 11 tabletter hver dag. Mer enn halvparten av deltakerne hadde minimum ett avviksfeil når det kommer til medisinerings. Det var 391 registrerte medisinerings avvik gjennom denne studien, hvor den vanligste feilen kom på grunn av at pasientene utelot en medisin.
<b>Konklusjon</b>	Funn viser at eldre med sammensatte sykdommer opplever høy andel medikamentavvik etter utskrivelse. En kognitiv diagnose og flere ulike medikamenter fra ulike leverandører gjør at feil lett oppstår, samtidig som dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient gjør oppgaven for den eldre mer komplisert
<b>Relevant for studie</b>	Studien er relevant fordi den tar for seg medikamentavvik etter utskrivelse, samt hvordan dårlig kommunikasjon helsepersonell og pasient påvirker brukerens administrering av viktige medikamenter.

Tabell 4.1.4

<b>Artikkel 4 (11):</b>	
"Discharge from hospital- a national survey of transition to out-patient care"	
<b>Referanse:</b>	(Åhsberg, 2018)
<b>Tidsskrift:</b>	<i>Scandinavian journal of caring sciences</i>
<b>Årstall:</b>	2018
<b>Land:</b>	Sverige
<b>Hensikt</b>	Å identifisere utfordringer og muligheter i overgangen til pasienter mellom sykehus og videre oppfølging/behandling.
<b>Metode</b>	Studien er hentet fra nasjonale registre på pasienter som er utskrevet fra sykehus i 2014, og er utført via intervjuer og systematisk litteraturgjennomgang.
<b>Resultat</b>	Totalt ble 1 121 823 pasienter utskrevet fra svenske sykehus da undersøkelsen ble gjennomført og man ser så mange som 30% hadde behov for videre oppfølging og 20% hadde behov for sosiale tjenester. Prosentvis var det også høy score for reinnleggelser innen 30 dager. Rapportene viser at det var stor utfordring når det gjaldt bemanning, antall pasienter per sengepost, manglende kompetanse som førte til dårligere overføring av informasjon rundt pasientoverganger.
<b>Konklusjon</b>	Man kan se at mange eldre med sammensatte sykdommer ofte blir reinnlagt innen en måned. Dersom det er god dokumentasjon og kommunikasjon via digitale meldinger kan primærhelsetjenesten ta over oppfølginga og hindre disse nye innleggelsene i stor grad  Siden mange pasienter med multimorbide sykdommer blir reinnlagt kort tid etter utskriving, ser artikkelen på nye arbeidsmåter for å fremme sammenhengende og helhetlig omsorgsforløp. Her blir det spesielt satt fokus på utskrivningsrapporter og hvordan disse kan forbedres for å forhindre reinnleggelser.
<b>Relevant for studie</b>	Artikkelen er relevant for litteraturstudien på grunn av viktigheten rundt gode utskrivningsnotat mellom overgangene i helsevesenet, og at mangelfull eller feil informasjon her er en stor årsak til reinnleggelser.

Tabell 4.1.5

<b>Artikkel 5:</b>	
"Exploration of risk factors for high-risk adverse event in elderly patients after discharge and comparison of discharge planning screening tools"	
<b>Referanse:</b> <b>Tidsskrift:</b> <b>Årstall:</b> <b>Land:</b>	(Chi et al., 2020) <i>Journal of Nursing Scholarship</i> 2020 Taiwan
<b>Hensikt</b>	Å undersøke viktigheten av screeningsverktøy ved utskriving av eldre pasienter med komplekse sykdommer.
<b>Metode</b>	Tilfeldig pasienter ble valgt i løpet av studieperioden. Innen 24 timer etter innleggelse ble pasientene spurt om samtykke for å delta på denne studien. Etter utskrivelse ble pasienten sin helse og sykehusinnleggelse sporet per telefonintervjuer. Gjennomsnittsalderen på pasientene var 80 år.
<b>Resultat</b>	Det var totalt 300 deltakere med i denne studien. Det var en forekomst med høy risiko for reinnleggelse innen 30 dager, 20,3% av de 300 deltakerne opplevde feil eller mangler ved medisinerings etter utskrivelse. Prosentandelen for mangler eller feil økte ettersom hvor mange dager pasienten har være skrevet ut. Det blir benyttet to screeningsverktøy for å kartlegge multimorbide pasienter.
<b>Konklusjon</b>	Pasienter med komplekse sykdommer, er mer utsatt for risikoer som medisineringsfeil ved utskrivelse. Eldre pasienter trenger mere hjelp og gjerne fullstendig kontinuitet i planleggingen av omsorgsbehov etter utskrivelse. Dette for å være sikker på at kvaliteten på pasientbehandlingen kan forbedres. Her blir det benyttet to kartleggingsverktøy. Studien benytter seg av kartleggingsverktøyene LACE og Pra. Dette brukes til å vurdere multimorbide pasienter for å få en oversikt gjennom hele pasientoppholdet.
<b>Relevant for studie</b>	Vi anser denne forskningen som relevant for våres studie ettersom det oppleves at det er mange eldre med sammensatte sykdommer som trenger mer hjelp og bedre kartlegging før utskrivelse for å redusere risiko for bivirkninger og medisineringsfeil.

Tabell 4.1.6

<b>Artikkel 6:</b>	
"Transitional care from skilled nursing facilities to home: study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial"	
<b>Referanse:</b> <b>Tidsskrift:</b> <b>Årstall:</b> <b>Land:</b>	(Helbostad et al., 2012) <i>BMC Health Service Research</i> 2012 Norge
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å beskrive uønskede hendelser blant utskrevne pasienter fra geriatrisk avdeling etter punktene.
<b>Metode</b>	Observasjonsstudier hvor totalt 118 pasienter som var 83år og eldre deltok. Alle pasienter utskrevet fra sykehus ble fulgt med av det ambulerende teamet for å se om kriteriene ved utsjekk og oppfølging var til stede.
<b>Resultat</b>	118 pasienter med gjennomsnittsalder på 83 og oppover var med i studien. Det ble det registrert 146 uønskede hendelser hos 70 av disse pasienten (59%). De vanligste avvikene var knytt til legemidler, medisiner ikke blir byttet ut i hjemmet til pasienten etter et sykehus opphold eller at pasienten fikk feil medikament eller dosering. Det var tydelig mangler i utveksling av informasjon og videre oppfølging poliklinisk fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem/hjemmetjenesten.
<b>Konklusjon</b>	Til tross for et tilsynelatende godt og organisert system for pasienter fra geriatrisk avdeling til eget hjem, oppstod det flere uønskede hendelser både ved utskrivning, men også fire uker etterpå i forhold til oppfølging. Studien avdekket områder hvor det trengs forbedring for at overgangsbehandlingen til geriatriske pasienter blir mest mulig optimal.
<b>Relevant for studie</b>	Studien er relevant med tanke på utskrivingsprosessen, kommunikasjon mellom instanser og samstemming av legemiddellister før utskrivelse. Dette er noe som svarer godt til problemstillingen ettersom vi er ute etter sykepleietiltak som kan iverksettes for å redusere risikoene ved overganger.

Tabell 4.1.7

<b>Artikkel 7:</b>	
"Mapping the care transition from hospital to skilled nursing facility"	
<b>Referanse:</b>	(Britton et al., 2019)
<b>Tidsskrift:</b>	<i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>
<b>Årstall:</b>	2019
<b>Land:</b>	USA
<b>Hensikt</b>	Å undersøke utfordringer når det kommer til brudd i kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem som kan sette pasienter i fare. Finne ut hvordan disse utfordringene kan forbedres i en travel hverdag.
<b>Metode</b>	Et kvalitetsforbedringsteam som prøver å forbedre kvaliteten og sikkerheten ved overføring av eldre pasienter fra sykehus til sykehjem. Det ble utført kliniske vurderinger.
<b>Resultat</b>	Det viste seg gjennom studien at det krevde mye tid å skrive et pasientoverflytningsnotat til sykehjem ettersom det skal gjøres grundig. For å få med hva pasienten trenger bistand til videre, og hvor mye oppfølging en trenger. Dette er viktig for å få et helhetlig pasientforløp. Det har vist seg gjennom studien at det ikke alltid like mye tid til å skrive fylldige utskrivningsnotater.
<b>Konklusjon</b>	Her kan en sette i gang tiltak som forbedre koordineringen, arbeidsinnsatsen og tidlig forberedelser på utskrivelse. Det endelige prosjektet viste at det er spesifikke muligheter for å forbedre kommunikasjonen mellom disse instansene.
<b>Relevant for studie</b>	Den er relevant ettersom den omhandler tiltak som kan iverksettes, noe som svarer på problemstillingen våres om hvordan risikoer kan reduseres.

## 4.2 Sammenfatning av matrise resultater

Resultatet vi kommer frem til i de inkluderende artiklene er aspekter som omhandler samhandling mellom sykehus og kommune. Vi har kommet frem til følgende fem hovedtemaer etter vår tematisk analyse av dem. Som beskrevet i punkt 3.5.

### 4.2.1 Sykepleiere fra sykehus samhandler og samarbeider med andre sykepleiere ute i kommunen

Sykepleiere, kan ved å jobbe for et godt samarbeid og samhandling, for å oppnå redusert avvik rundt pasientoverganger, som gjenspeiler seg i artikkelen til Foged. Foged (2018) oppdaget at sykepleiere fra sykehus og sykehjem opplever at de jobber i to forskjellige verdener, som vil si at de jobber for samme mål, men ikke på samme måte. Litteraturen gjør rede for målene rundt det å ivareta pasienten ut ifra ulike verdier og synspunkter (Foged et al., 2018). Sykepleierne jobber forskjellig når det kommer til kommunikasjon, samhandling og samarbeider ulikt på grunnlag av pasientforløp. Som gjenspeiler seg i artikkelen til Britten (2019) hvor det blir belyst at mange eldre opplever reinnleggelse den første måneden etter utskrivelse. Grunnen til dette er dårlig informasjon og dokumentasjon mellom sykehus og kommunen Det viser seg gjennom studien at det å skrive et utskrivningsnotat krever mye tid, konsentrasjon og ressurser. Det er viktig med et fylldig og grundig notat for pasienter som skal overflyttes fra sykehus og ut til kommunen, for at de skal få den oppfølgingen de trenger (Britton et al., 2019). Videre skriver Foged (2018) at det var mangel på kunnskap som skapte antakelser og uvisshet rundt arbeidsforhold, noe som påvirker kommunikasjonen og samarbeidet negativt. Det dårlige samspillet mellom tjenestene gjorde at det oppsto mangler rundt planlegging og gjennomføring av trygge og sikre pasientoverganger (Foged et al., 2018).

Åhsberg (2018) har vært med på å gjøre en forskning på 1 121 823 pasienter som ble reinnlagt på svenske sykehus innen 30 dager etter utskrivelse, grunnet dårlig kommunikasjon, dokumentasjon og samarbeid. 30% av pasientene hadde et stort behov for videre oppfølging og 20% hadde behov for sosiale tjenester etter hjemreise. Grunnet mangelfulle meldinger er det ikke blitt gjort tydelige avtaler med hjemmetjenesten før pasienten ble skrevet ut. Dette gjelder spesielt eldre med sammensatte sykdommer som opplever dårlige rutiner rundt pasientovergangene, hvor det skjer svikt i form av mangelfulle medisinalister, dårlig bemanning og informasjon (Åhsberg, 2018).

### 4.2.2 Sykepleiere jobber for god koordinering og tidlig utskrivelse

I Chi (2020) sin forskningsartikkel blir det belyst viktigheten av å starte planlegging av utskrivelse tidlig vil være med å redusere risikoene ved pasientoverganger. Når en planlegger utskrivelse ved innleggelse oppnår man et mer helhetlig forløp, dersom dokumentasjonen er god fra start. Dette kan være med på å danne grunnlaget for at pasienten får de ressursene og det hjelpebehovet en trenger når en skal videre til hjemkommunen. Studien til Bothe (2010) ble basert på 100 medisinske journaler, hvor 44% av disse pasientene opplevde å ikke bli registrert eller kartlagt tidlig nok, noe som var med på å øke sjansen deres til å oppleve risikoer og uønskede hendelser ved utskrivelse. Det vises også til at ulike screeningverktøy vurderer risikoene ulikt, spesielt pasienter med flere sammensatte sykdommer. 37% av pasientene som var med i Bothe (2010) sin studiene gjennomgikk sykepleierkartlegging ved innkomst og hadde redusert sjanse for å oppleve uønskede hendelser etter hjemreise (Bothe et al., 2010). I studien til Chi (2020) var det totalt 300 pasienter som deltok. Resultatet av studien viser at det var en høy risiko for reinnleggelser innen 30 dager, for pasienter med sammensatte



sykdommer. Det viser seg at denne eldre gruppen med pasienter trenger et utarbeidet screening- og vurderingsverktøy før det skjer en pasientovergang, ettersom det er store risikoer knyttet til å overflytte skjøre pasienter. For å kartlegge pasientene ble det brukt to screeningsverktøy som har med hensikt å vurdere den eldre pasient med flere sammensatte sykdommer (Chi et al., 2020).

#### 4.2.3 Svikt i kommunikasjon fører til dårlig samarbeid og mangler ved pasientoverganger

Det viser seg at det er mange eldre pasienter med sammensatte sykdommer opplever at det skjer feil når det kommer til medikamenter etter utskrivelse. I følge litteraturen til Bub (2014) kommer det frem at pasienten opplever at det blir foreskrevet feil i seponering, styrke, dose og frekvens. Det oppleves at enkelte pasienter har flere versjoner av medisinlister i hjemmet, noe som kan være med på å forsterke denne feilen når det kommer til medikamenthåndtering ved hjemreise. Det ble påpekt at store deler av disse manglene ved seponering, styrke, dose og frekvens skyldes at medisinlistene ikke er samstemt før pasientene blir utskrevet. 48,7% av pasientene opplevde at det var flere enn én lege som forordnet legemidler, noe som gjorde at legemiddelsamtstemningen ble svekket (Bub et al., 2014). Gjennom studien til Bub (2014) ble det registrert 391 avvik når det kom til medikamenthåndtering for den eldre pasient, hvor hovedfeilen bunnet i at pasientene utelot en eller flere tabletter. Pasientene hadde i snitt 11 tabletter hver dag (Bub et al., 2014).

I Chi (2020) sin studie blir det også gjort et funn rundt medikamenthåndtering. Hvor 1/5 av pasientene opplevde feil eller mangler rundt dette etter utskrivelse (Chi et al., 2020). I en annen studie gjort av Helbostad (2012) ble 118 pasienter med gjennomsnittlig alder på 83 år observert, hvor det var 70 stykker av 118 som opplevde uønskede hendelser. Det ble registrert 146 uønskede hendelser blant disse 70 pasientene. Disse uønskede hendelsene omhandlet legemidler i hjemmetjenesten og at medisinlister ikke blir oppdatert i hjemmet til pasienten etter endt sykehusopphold eller at pasienten fikk forskrevet feil medikament eller doseringsfeil. Utvekslingen av informasjonen rundt legemidlene og poliklinisk oppfølging fra sykehuset manglet ved utskrivelse. Hvor Pasientene ikke fikk innkalling til sjekker eller like god oppfølging som de har krav på etter utskrivelse (Helbostad et al., 2012).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 innledning

Gjennom litteraturstudien har vi forsøkt å finne svar på vår problemstilling «*Hvordan kan sykepleiere bidra med å sikre trygge pasientoverganger mellom sykehus og kommune for den eldre pasienter med sammensatte sykdomsforløp?*» ved hjelp av forskningsartikler, annen relevant forskning og faglitteratur. Sentralt i litteraturstudien blir det belyst hvor viktig et godt koordinert arbeid, god kommunikasjonsflyt og tidlig planlegging av utskrivelse er, for å redusere avvik. Alle punktene nevnt over er med på å øke pasientsikkerheten og den gode kommunale omsorgen (Aase, 2022).

Nedenfor vil resultatdelen presenteres og drøftes. Her vil hvert tema settes opp mot forskningsartiklene, egne erfaringer, faglitteratur og annen forskning. Drøftingen vil starte med hvordan sykepleiere fra sykehus samhandler og samarbeider med andre sykepleiere ute i kommunen, hvor forskningsresultatet legges til grunn for drøftingen. Videre tar vi for oss hvordan sykepleiere kan jobbe for å fremme god koordinering og

planlegging av tidlig utskrivelse. Neste punkt handler om hvordan sykepleiere kan bidra med å redusere mangler ved legemiddelhåndtering, hvor det blir belyst videre hvor viktig organisatorisk arbeid er. Siste del av drøftingen tar for seg hvordan kartlegging kan være et tiltak. Avslutningsvis vil det komme en konklusjon som besvarer problemstillingen.

## 5.2 Drøfting

### 5.2.1 To verdener: samhandling og samarbeid mellom sykepleiere

Sykepleiere fra sykehus og kommunen opplever å jobbe i to forskjellige verdener, noe som kan være med på å påvirke samarbeidet. Artikkelen til Foged (2018) belyser at de verdsetter pasientforløp ut ifra forskjellige verdier. Sykehjem og hjemmetjenesten vektlegger pasientens egne ønsker og verdier, noe sykehus er dårligere på (Foged et al., 2018). Helbostad (2012) gjorde en studie på 118 pasienter hvor 70 av disse eldre pasienter opplevde uønskede hendelser ved utskrivelse. Dette bunnet i dårlig informasjonsflyt, mangler i oppfølging og informasjon etter utreise. Studien viser at det var flere av pasientene som ikke fikk innkallelse eller oppfølging etter endt sykehusopphold (Helbostad et al., 2012). Noe som gjenspeiler seg i Foged (2018) og egne erfaringer gjennom praksisperioder.

Aase (2022) skriver i boken sin om pasientsikkerhet at samfunnet er bygd opp slik at innad i helsetjenesten må en samarbeide mellom ulike helseorganisasjoner. Dette er for å legge til rette for et helhetlig pasientforløp og god koordinering. Det står følgende at pasientoverganger for eldre med sammensatte sykdomsforløp innebærer en større risiko når det kommer til manglende oppfølging, informasjon og utfordrende samarbeidsforhold. Denne eldre pasientgruppen er helt avhengig av slik god koordinering og samarbeid, ettersom de mottar kontinuerlig helsetjenester på tvers av tjenester. Noe som er viktig for at en eldre pasient skal føle seg trygg. Foruten god informasjonsflyt med pasienten eller kommunen vil pasienten føle seg maktesløs. Aase (2022) sine funn bygger oppunder forskningsartiklene av Foged (2018) og Helbostad (2012), da studien deres viser til mangler og dårlig oppfølging etter utskrivelse (Aase, 2022)

Fra sykehuset sin side ser vi at hjemmetjenesten har en sentral rolle for å få en oversikt over helsetilstanden til pasienten ved sykehusinnleggelsen. Dette er igjen et eksempel på at de føler at de lever i to forskjellige verdener, ved at de har fokus på forskjellige deler av pasientforløpet. En ser at det er en felles utfordring i forhold til helseopplysninger, hvor det kreves like god dokumentasjon og informasjonsflyt begge veier (Foged et al., 2018). Fra hjemmetjenesten sitt perspektiv så er de opptatt av at de skal også skal få tilstrekkelig informasjon om pasienten i god tid før utskrivelse, noe de ikke alltid gjør. De uttrykker at dette er viktig forhold til å sørge for at alt i hjemmet er lagt til rette for pasientene, og at de er forberedte.

På sykehuset jobber de målrettet for å behandle diagnosen som man er innlagt med. Mens ute i hjemkommunen er fokuset større på hva pasienten selv klarer, ønsker og hvilket hjelpebehov som er nødvendig for videre oppfølging (Foged et al., 2018). Det er tydelig at det er ulik forståelse for når pasienten er utskrivningsklar og hvor frisk en skal være før en overflyttes (Fjørtoft, 2019). Viktigheten av at alt er tilrettelagt før pasienten kommer hjem er stor i forhold til å redusere uønskede hendelser ved hjemreise (Fjørtoft, 2019). Dette er noe vi ser igjen i samhandlingsreformen hvor pasientene har krav på rett behandling til rett tid (Orvik, 2022). Gjennom artiklene blir det belyst at svikt i samhandlingsreformen er betydelig stor. Ettersom pasienten blir skrevet ut før

ressursene er klare i deres hjemkommune. Hvor den eldre pasienten som har et økt behov for tilsyn og hjelp etter utskrivelse, ikke får tilstrekkelig med helsehjelp ettersom dokumentasjonen fra sykehuset er mangelfull (Haukelien et al., 2015). Samhandlingsreformen sine mål blir ikke fulgt gjennom disse artiklene ettersom det oppstår feil og mangler i pasientforløpene som gjør dem sømløse (Finnbakk & Heyn, 2021).

Kommunikasjon gjennom pasientovergang er mellom tjenestene i helsevesenet noe Britton (2019) sin studie bygger oppunder, i forhold til fokuset på den dårlige informasjonsflyten og dokumentasjonen. Det vil si at hjemkommunen føler de ikke får informasjon nok om det helhetlige pasientforløpet og pasienten sin helsetilstand ved utskrivelse (Britton et al., 2019). Dokumentasjonen er spesielt viktig hos den eldre pasient i en slik overgangsfase for at pasienten skal få opprettholde alle sine grunnleggende behov ved overføring til en annen tjeneste (Skaug, 2021). Aase (2022) skriver i sitt avsnitt om samhandling mellom sykehus, fastlege, hjemmetjenesten og sykehjem ikke fungerer optimalt. Det ble registrert i Norge i 2015 om alvorlig svikt i informasjonsoverføring mellom disse tjenestene av Statens helsetilsyn. Her kommer det frem at informasjonen var mangelfull og kom som oftest for sent. Årsaken til manglene er koblet opp mot måten de blir sendt på, men også fordi innholdet i informasjonen er mangelfullt. Her ser en at det viser seg å være mangler rundt funksjonsnivå og legemiddelinformasjonen til pasienten. Dette kan gi alvorlige konsekvenser når pasienten forlater sykehuset og det blir kommunen sitt ansvar for videre behandling (Aase, 2022). Samhandling og samarbeid er ett av flere feil og mangler som kan oppstå mellom sykehus og kommune, og blir belyst i forskningsartiklene til Foged (2018) og Britton (2019).

Feil og mangler oppstår stadig, hvor det likevel er viktig å verne om pasientens autonomi. Dette tydeliggjøres ved at de jobber på forskjellige måter og verdsetter faktorer ulikt. Det er ikke et trygt og sikkert forløp når det oppstår feil og mangler ved overflyttinger. Det at pasienten selv skal få være med å bestemme og ta del i valg rundt sin egen behandling, har blitt viktigere de siste årene (Pedersen, 2021). På sykehus er det kortere liggetid, hvor tiden ofte blir knapp til å kartlegge, og sette pasientens autonomi i fokus, noe vi ser at kan bli borte i den travle hverdagen. Her blir hovedfokuset å behandle/lindre, imens ut i kommunen vil pasientens eget ønske rundt situasjonen bli tatt større hensyn til (Foged et al., 2018).

### 5.2.2 Redusere mangler ved legemiddelhåndtering og reinnleggelser

I kommunal praksis opplevde vi at det ofte var flere medisinlister som ble sendt med fra sykehuset eller at de ikke var samstemte. Dette gjorde at medisinlistene måtte samstemmes ute i kommunen før en kunne dosere til pasienten. Noe legene på sykehuset skal gjøre når pasienten blir lagt inn og dobbeltsjekket ved utskrivelse. Hvis en gjør dette ved innkomst og gjennom sykehusoppholdet vil en kunne få redusert feil ved medisinlister. Våre erfaringer samsvarer med det vi kan finne i forskningsartiklene.

Bub (2014) gjorde også en studie på medisinavvik, hvor det kom frem at det er en stor andel som opplever feil i seponering, styrke, dose og frekvens. Det blir registrert 391 avvik hos eldre rundt medikamenthåndtering. Denne gruppen pasienter har store mengder med tabletter ettersom de har sammensatte sykdommer som krever medisiner av de forskjellige kroniske sykdommene. Dette gjør at de til slutt ender opp

med mange medisiner og lange medisinlister. Her er det ekstra viktig at legene tar seg tid til å gjøre en samstemming (Bub et al., 2014).

Mange eldre opplever å bli reinnlagt innen 30 dager etter utskrivelse ettersom det oppstår mangler med medisinlister, epikriser og dårlig dokumentasjon. Våres erfaringer gjennom praksisperioder med at pasienter har flere medisinlister samsvarer med studien til Helbostad (2012). Pasienten får med seg ny medisinliste hjem etter utskrivelse og har dermed utdaterte lister hjemme. Dette skaper bekymringer og usikkerhet rundt hvilke lister som er gjeldende. Eldre med sammensatte sykdommer er oftest utsatt for reinnleggelser, nye endringer i medisiner og dårlig dokumentasjon (Britton et al., 2019). Artikkelen til Åhsberg (2018) belyser nettopp at det var høyt prosentvis andel som ble reinnlagt på sykehus innen en måned, grunnet mangelfulle meldinger om opplysninger til pasientens tilstand (Åhsberg, 2018). Høy prosent av reinnleggelser ser vi at går igjen i artikkelen til Chi (2020), hvor det var flere av pasientene som ikke var kartlagt tidlig nok (Chi et al., 2020). Det blir trukket frem at det ikke var gjort en grundig nok avklaring med hjemmetjenesten før utskrivelse, som innebar innkobling av andre profesjoner og installering av ulike hjelpemidler i hjemmet (Helbostad et al., 2012).

For å redusere reinnleggelser har sykehus og kommune en lang vei å gå. Sykehuset jobber for at pasienten skal kunne beherske den nye tilstanden best mulig, for å komme seg fortere hjem. Der de vil si seg fornøyd når de har klart å behandle eller lindre den gjeldende diagnosen pasient er inneliggende for. De legger seg ikke like mye opp i de resterende diagnosene til en kompleks pasient. Noe som kan være med på å gjøre utskrivelsen utfordrende, da en ikke har kunnskap eller oversikt over hele helsetilstanden til pasienten. Fra egne erfaringer og etter samtaler med pasienter ser vi at helsehjelpen blir ensformig og spesifikk for den komplekse pasienten, som har flere kroniske diagnoser. Her ser en viktighet av å starte planlegging tidlig for å redusere risikoen for reinnleggelser og for å trygge pasienten. Viktigheten med at sykehuset starter tidlig planlegging av utskrivelse, vil være med på å gi hjemmetjenesten mer tid og rom for å sette inn riktig ressurser og tjenester (Foged et al., 2018). Dette er noe vi kan se igjen fra bakgrunnen våres, hvor det ble nevnt i en artikkel fra VG i 2019, som omhandler at sykehus er for dårlige på å dokumentere og informere kommunene tidlig nok (Majid et al., 2019).

### 5.2.3 Organisatorisk arbeid kan redusere uønskede hendelser

Det er kjent at nåtidens sykepleiere ikke bare skal være gode inne på pasientrommet, men også ta del i det organisatoriske arbeidet. Det er derfor viktig at alle innen helse har et system bak seg som er oppdatert og trygt. Det vil si at systemnivået sørger for at det skal skje mindre feil eller mangler ved pasientoverganger på individnivå. Vi er mennesker i et komplekst system hvor det likevel kan oppstå feil. Det er ikke det enkelte individet, det er systemet bak som må tilrettelegge for at avvik ikke skal skje (Aase, 2022). Større andel av tiden i løpet av en arbeidsdag går til administrative oppgaver. Dette innebærer å sende informasjon ut til kommunen og sette inn riktige instanser fra det tverrfaglige teamet som står klar til å møte pasienten. For at dette skal bli godt dokumentert må en som sykepleier ha et godt klinisk blikk under de dagligdagse rutinene, for å gjøre en god datasamling slik at riktig informasjon formidles videre (Orvik, 2022). Det kreves tid for å utarbeide god dokumentasjon. Viktigheten med nok personell på jobb er stor for at dokumentasjon skal bli grundig og tilstrekkelig i forhold til retningslinjer. Når det gjelder bemanning er det ledelsen i helsesektoren som bestemmer hvor mange ansatte som skal

være på jobb (Aase, 2022). Dette ligger i grunn for helsepersonelloven der det står skrevet

“Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifiserthelsepersonell» (Helsepersonelloven, 2019).

Der hensikten med journalføringen er å gi en oversikt over helsetilstanden til pasienten, hva som er gjort og hva som skal skje videre av helsehjelp. Ved en travel hverdag med underbemanning kan elementær informasjon glippe, og dermed ikke bli dokumentert (Orvik, 2022). For å redusere mangler eller feil i en travel hverdag kan kunnskapsnivået for begge parter økes (Britton et al., 2019). En kan ha kursinger sammen og veilede hverandre. Sykepleiere kan sammen bidra med å styrke, veilede og oppmuntre hverandre til å innta ny kunnskap. Viktigheten med å øke kunnskapsnivået vil være stor i forhold til å redusere eller hindre uønskede hendelser i helsetjenesten, hvor en har fokus på pasientsikkerhet og en felles forståelse (Aase, 2022). På arbeidsplassen kan en avdelingsleder sørge for at det er treningsprogram eller e-læringskurs for sykepleiere. (Orvik, 2022). Noe vi ser er at det ikke er blitt gjort gjennom forskningen. Feilene og manglene oppstår ved at det er svikt i flere av disse faktorene.

#### 5.2.4 Kartleggingsverktøy som et tiltak

Eldre komplekse pasienter har ofte flere sammensatte sykdommer, hvor sykepleiere på sykehus og ute i kommunen kan bruke screeningverktøy som et hjelpemiddel for å vurdere pasientens tilstand og situasjon. En slik kartlegging gjelder egen funksjon, mobilitet, men også hva pasienten formidler verbalt rundt ønsker og behov. Eldre som kommer inn på sykehus har ofte flere sammensatte sykdommer, som krever mer oppfølging og tilrettelegging. I studien ble det benyttet to ulike verktøy for kartlegging “LACE” og “Pra”, hvorav LACE er mest aktuell for vår litteraturstudie (Robinson & Hudali, 2017). Den viser at så mange som 37% av de totalt 100 pasientene som gjennomgikk kartlegging ved innkomst hadde redusert sjanse for å oppleve uønskede hendelser etter utskrivelse, og dermed mindre risiko for reinnleggelse. Studien til Chi (2020) poengterer det at den eldre pasientgruppen har et større behov for en god kartlegging tidlig i behandlingsforløpet, for å hindre reinnleggelse (Chi et al., 2020). Vi har erfart i vår sykehuspraksis at der hvor det blir gjennomført screening tidlig etter ankomst på post, har bidratt til bedre helsehjelp og informasjonsutveksling til kommunen. Screeningen foretar seg ernæring, delirium, fallrisiko og trykksårsvurdering. Dette gir oss en god oversikt over tilstanden og mulige risikoer som vi kan behandle deretter, og forebygge uønskede hendelser ved utskrivelse.

Sykepleiere kan bidra med å redusere uønskede hendelser ved utskrivelse, ved å gjennomføre en god kartlegging ved innkomst. Her ønsker vi å trekke inn egne erfaringer. Hvor det ikke har blitt kartlagt tidlig nok og pasienten har blitt sendt hjem med for lite informasjon til kommunen i forhold til prosedyrer og helsetilstand. Dette kan føre til reinnleggelser ettersom hjemmetjenesten ikke var klar over pasientens helsetilstand og hjelpebehov. Det ble gjort en studie av Bothe (2010) hvor det var 100 pasientjournaler som ble overvåket. Det var 44% av pasientene som ikke ble kartlagt eller registrert tidlig nok, og er mer utsatt for å oppleve uønskede hendelser etter

utskrivning. Dette kunne blitt forhindre dersom dokumentasjonen og rutine på arbeidsplassen hadde blitt fulgt godt. 37% ble kartlagt ved innkomst og opplevde dermed en redusert sjans for uønskede hendelser ved hjemreise (Bothe et al., 2010).

Aase (2022) bygger oppunder resultatet fra Bothe (2010) og Bub (2014) ved at hun skriver om observasjonene som ble gjort i 2015 av Statens helsetilsyn i Norge, hvor det var stor svikt eller farer for alvorlig svikt i overføring av medisinalister og informasjonsflyt fra sykehus til kommunen. Det blir uttalt fra kommuner og fastleger at det var ekstremt krevende å innhente korrekt oversikt over pasienten sine legemidler og helsetilstand etter et sykehusopphold. Her kunne en se at dette var noe sykehuset også følte på, de uttalte at de synes det var ekstremt krevende å få tak i all informasjon om pasienten før innleggelse (Aase, 2022).

### 5.3 Implikasjoner for sykepleiefaget

Vi har valgt å skrive en litteraturstudie om pasientoverganger, hvor fokuset har vært på hvordan en sykepleier kan bidra med å sikre trygge pasientoverganger hos eldre pasienter med sammensatte sykdomsforløp. Dette er et relevant tema som omhandler hverdagen til en sykepleier. Overflyttingen handler om at pasienter skal fra sykehus til kommune eller fra kommunen og inn på sykehus. Det er viktig med god dokumentasjon og informasjonsflyt for at det ikke skal skje feil eller mangler i pasientforløpet. Sykepleiere har en sentral rolle for å redusere mangler, og for at pasienten skal få et trygt og sikkert forløp. Sykepleieren kan i denne situasjonen være med å påvirke samhandling og samarbeid i en positiv retning ved riktig opplæring og samme forståelse rundt pasientforløpet. Gruppen av eldre pasienter med flere diagnoser øker med tiden, og det vil derfor bli enda viktigere at en sykepleier kan skrive gode overflytningsnotater. Sykepleieren har et ansvar for å sørge for at pasienten får en helhetlig og personorientert omsorg, for å takle situasjonen med sin nye livssituasjon lettere. Det vil derfor være relevant med et godt samarbeid mellom sykehus og kommunen for å redusere uønskede hendelser etter utskrivelse.

### 5.4 Styrker og svakheter

Under søkeprosessen diskuterte vi frem og tilbake hvilke søkeord vi skulle benytte oss av. Vi kom derfor frem til å ta med flere synonymer for pasient. Hvor vi da endte med "patient", "aged" og "elderly". Grunnen til at vi endte på akkurat disse ordene var at vi sjekket opp med andre kritiske vurderte kilder og brukte "key words" derfra. Her var WHO en sentral nettside som vi har benyttet oss av for å komme frem til riktige søkeord til PICO-skjemaet. Vi endte med å støtte oss på WHO ettersom det er en sterkt troverdig kilde. Vi lagde et enkelt PICO-skjema som fungerte bra for vårt søk ettersom vi er på et bachelornivå.

Vi skriver på et bachelornivå hvor vi ikke har gått like mye i dybde som om det skulle vært en master. Det vi har trukket frem ved våre analyser av artiklene mener vi har vært med på å gi oss nødvendige svar på våres problemstilling. Vi har lest dem og gjort en tematisk analyse. Vi har brukt sjekklister fra helsebiblioteket for å undersøke om forskningsartiklene er kvalitative eller kvantitative, og at de er fagfellevurdert (Helsebiblioteket, 2016). Vi har jobbet kritisk til sjekklister så godt det lar seg gjøre med tanke på nivået vi skriver på.

Ved utvelgelsen av hvilke forskningsartikler vi skulle ha med, valgte vi å ta med både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Både for å se på hva intervjuobjekter sier for den kvalitative delen, og statistisk sett for den kvantitative delen. Vi får dermed et helhetlig syn på hvor feilene ved pasientovergangen ligger ved å gå bredt ut via statistikk og enkeltpersoners intervju for dypere forståelse. Vi ser også styrker og svakheter i de valgte artiklene som er tatt med i litteraturstudien.

Styrken i artikkelen til Foged (2018) er at den tar for seg sykehus- og hjemmetjenestens perspektiv rundt pasientoverganger, og gjør dybdeintervjuer rundt de ulike tjenestene sitt arbeid. Her kommer det frem med egne ord hva de ulike har å si om situasjonen, som er positivt for vår litteraturstudie. Åhsberg (2018) som er en svensk forskningsartikkel tar for seg over en million pasienter som ble skrevet ut fra svenske sykehus i 2014. Med såpass mange spurte så får man et helhetlig svar, noe vi ser på som en styrke i vår oppgave. Det er et troverdig svar ettersom det er større andel av befolkningen som var med i undersøkelsen, og fikk dekket et bredt spekter av svenske innbyggere. Et punkt som går igjen i flesteparten av artiklene som styrker oppgaven er alderen på pasientene. WHO definerer den eldre pasient fra 60 og oppover, noe artiklene våre omfatter (World Health Organization, 2022). Ikke alle artiklene har konkrete tall når det gjelder alderen til pasientgruppen, men har forklart gruppen som "eldre", noe vi da tar utgangspunkt i hva verdens helseorganisasjon definerer dette som. Den norske artikkelen til Helbostad (2012) styrker teksten på grunn av den er gjort her til lands, samtidig som et oppsatt team fulgte opp pasientene etter utskrivelse. Fokus på undersøkelsen var legemiddellister, informasjon, oppfølging, som alle omfatter faktorene vi undersøker. Et lignende team ser vi også hos Britton (2019) bare at teamet her jobber målrettet mot forbedring av overgangen fra sykehus til sykehjem.

Det er også svakheter ved noen artikler, men valgte å inkludere disse likevel på grunn av relevansen. En svakhet ved artikkelen til Chi (2020) er at studien er gjennomført i Taiwan. Selv om Taiwan er underordnet Kina har de fremdeles selvstyre, noe som gjør det vanskelig for oss å vurdere hvordan helsehjelpen i landet er. Inne på FN sin hjemmeside om Taiwan er det også usikre data rundt det øst-asiatiske landet (FN-Sambandet, 2023). I samme artikkel nevner de kartleggingsverktøyene "LACE" og "Pra", som er viktige for å vurdere helsehjelpen til pasienten. Vi finner svakheter ved disse ved at LACE-kartleggingen får man ikke ferdigstilt før en vet når pasienten er utskrivningsklar, og Pra fordi den er rettet mot nyretransplanterte pasienter. Vi velger likevel å ta med artikkelen fordi den poengterer viktigheten med tidlig kartlegging, og hovedsakelig LACE som vår metode. Denne kan man som sykepleier ha nytte av ved utskrivelse og kan forutsi raten for reinnleggelse innen seks måneder (Robinson & Hudali, 2017). I den svenske artikkelen til Åhsberg (2018) er det også en svakhet i form av at flere intervjuobjekter sa nei. Dette gjør at de muligens gikk glipp av viktige og elementær informasjon, som kunne vært interessante for artikkelen. Vi velger likevel å ta denne med på grunn av det totale antallet som svarte og de andre styrke-faktoren som er nevnt ovenfor.

## 6.0 Konklusjon

Funn fra litteraturstudien våres belyser at det ofte skjer feil og mangler hos pasienter med et komplekst sykdomsbilde ved pasientoverganger, knyttet opp mot informasjonsflyt, dokumentasjon, kartlegging og legemiddellister. Flere av personene fra denne pasientgruppen mottar helsetjenester og bistand fra kommunal sektor, og når disse pasientene er innlagte i sykehus må det sendes jevnlig helseopplysninger til

hjemkommunen. Vi ser gjennom oppgaven at relevant faglitteratur og resultatene vi har lest og analysert påpeker at det ofte er her det skjer mangler.

Gjennom oppgaven konkluderer vi med at sykepleiere kan bli flinkere på å opparbeide seg kunnskap, og at det skal brukes lengre tid på dokumentasjon. Det å sette fokus på at hver enkelt skal opparbeide seg tilstrekkelig med kunnskap og rutiner for å oppnå flyt i pasientoverganger. Dette bør settes fokus på fra ledelsen sin side for å sørge for at alle ansatte er oppdaterte til enhver tid. En ser at det også kan bli gjort mer samstemminger av legemidler fra leger før utskrivelse, noe sykepleiere kan være flinkere til å etterspørre før pasienten blir skrevet ut. Samhandling er også et punkt som sykepleiere fra sykehus og ute i kommunen kan bli bedre på, dette for at pasienten skal føle seg ivaretatt og får hjelp til enhver tid. Som vi ser er en del av samhandlingsreformen, som omhandler at pasienter har sine rettigheter. Samhandlingen kommer igjen i god dokumentasjon og informasjonsflyt, som bunner i god kartlegging ved innkomst. Kartlegging legger et grunnlag for å kunne starte planlegging av utskrivelse tidlig og redusere reinnleggelser og uønskede hendelser.

Sykepleiere skal jobbe for et helhetlig pasientforløp, hvor systemet bak skal legge tilrette for dette. En ser gjennom studien at det er et forbedringspotensialer når pasienter med komplekse sykdommer skal ut til hjemkommunen etter behandling på sykehus. Feil kan oppstå både på individnivå og systemnivå. Det vil alltid være en menneskelig faktor i denne prosessen hvor feil kan oppstå, som "human factory" omhandler. Det er derfor viktig at det blir satt fokus på viktigheten rundt god informasjonsflyt og rutiner for å opprettholde pasientsikkerhet i overflyttinger.



## 7.0 Litteraturliste

- Abrahamsen, D., Ekornerud, T., & Wettergreen, J. (2019). *Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Statisk Sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th edition ed.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bothe, J., Gallagher, R., & Graham, J. (2010). Early completion of the discharge risk screen by nurses in acute care wards. *Journal of Nursing Care Quality* 25, 80 - 88.  
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b51165>
- Britton, M. C., Peteresen, P. J., Hodson, J. B., & Chaudhry, I. S. (2019). Mapping the care transition from hospital to skilled nursing facility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 26, 786 - 790. <https://doi.org/10.1111/jep.13238>
- Bub, L. D., Lancaster, R., Marek, K. D., & Stetzer, F. (2014). Medication regimens of frail older adults after discharge from home health care. *HHS Public Access*, 32, 536 - 547. <https://doi.org/10.1097/NHH.000000000000150>
- Chi, M. J., Lin, S. C., & Yen, H. Y. (2020). Exploration of risk factors for high-risk adverse events in elderly patients after discharge and comparison of discharge planning screening tools. *Journal of Nursing Scholarship*, 54, 7 - 14.  
<https://doi.org/10.1111/jnu.12705>
- Finnbakk, E., & Heyn, G. L. (2021). *Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner* In G. L. r. I Heyn (Ed.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* Gyldendal
- Fjørtoft, A. K. (2019). *Hjemmesykepleie*. Fagbokforlaget
- FN-Sambandet. (2023). *Taiwan*. fn.no. <https://www.fn.no/Land/taiwan>
- Foged, S., Nørholm, V., & Petersen, H. V. (2018). «It is two worlds» cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1999 - 2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Telemarksforskning.no.  
<https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/>
- Helbostad, J. L., Mesteig, M., Røstad, T., Sletvold, O., & Saltvedt, I. (2012). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study *BMC Health Service Research* 1 - 9.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-1>

- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Krav til journalens innhold m.m., (2019). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8)
- Johnsen, O. (2016, 2023). *Økt innsats for hindre feilmedisinering*. Pingvinavisa.no.  
<https://www.pingvinavisa.no/okt-innsats-for-a-hindre-feilmedisinering/>
- Kristoffersen, J. N. (2021). Arbeidsområder, samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid. In G. H. r. I Grimsbø (Ed.), *Grunnleggende sykepleie : Pasientfenomener, organisasjon og kompetanse utvikling* (4. utgave ed.). Gyldendal.
- Kristoffersen, J. N. (2021). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise*. In G. H. r. I Grimsbø (Ed.), *Grunnleggende sykepleie : Fag og profesjon* (4. utgave ed.). Gyldendal
- Majid, S., Mosveen, E., & Sæther, A. S. (2019). *Sykehus sendte ikke pasientinformasjon – måtte tilbakebetale 17,6 millioner i innkrevde bøter*. VG.no.  
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/QoWJ0A/sykehus-sendte-ikke-pasientinformasjon-maatte-tilbakebetale-17-6-millioner-i-innkrevde-boeter>
- Medicine, N. L. o. (2023). *Medical Subject Headings 2023*. <https://meshb.nlm.nih.gov/>
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Stortinget  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=2>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse : Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utgave ed.). Cappelen damm akademisk
- Pedersen, R. (2021). *Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse* In R. r. I Pedersen (Ed.), *Etikk i helsetjenesten* Gyldendal
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasient In A. H. r. I Ranhoff (Ed.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utgave ed.). Gyldendal
- Regjeringen. (2022). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Robinson, R., & Hudali, T. (2017). The HOSPITAL score and LACE index as predictors of 30 day readmission in a retrospective study at a universityaffiliated community hospital. *National Library of Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.7717/peerj.3137>

- Skaug, E. A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie In G. H. r. I Grimsbø (Ed.), *Grunnleggende sykepleie : grunnleggende behov og helse* (4. utgave ed.). Gyldendal
- Thidemann, I.-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utgave ed.). Universitetsforlaget
- World Health Organization. (2016). *Human Factors: Technical Series on Safer Primary Care*. WHO.int. file:///Users/eriksen/Downloads/9789241511612-eng%20(4).pdf
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. WHO.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Åhsberg, E. (2018). Discharge from hospital - a national survey of transition to out-patient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 329 - 335. <https://doi.org/10.1111/scs.12625>
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet* Universitetsforlaget.
- Aasen, E. S., & Nylund, F. M. (2012). *Opprydning i begrepsjungelen*. Tidsskriftet <https://tidsskriftet.no/2012/12/sprakspalten/opprydning-i-begrepsjungelen>

