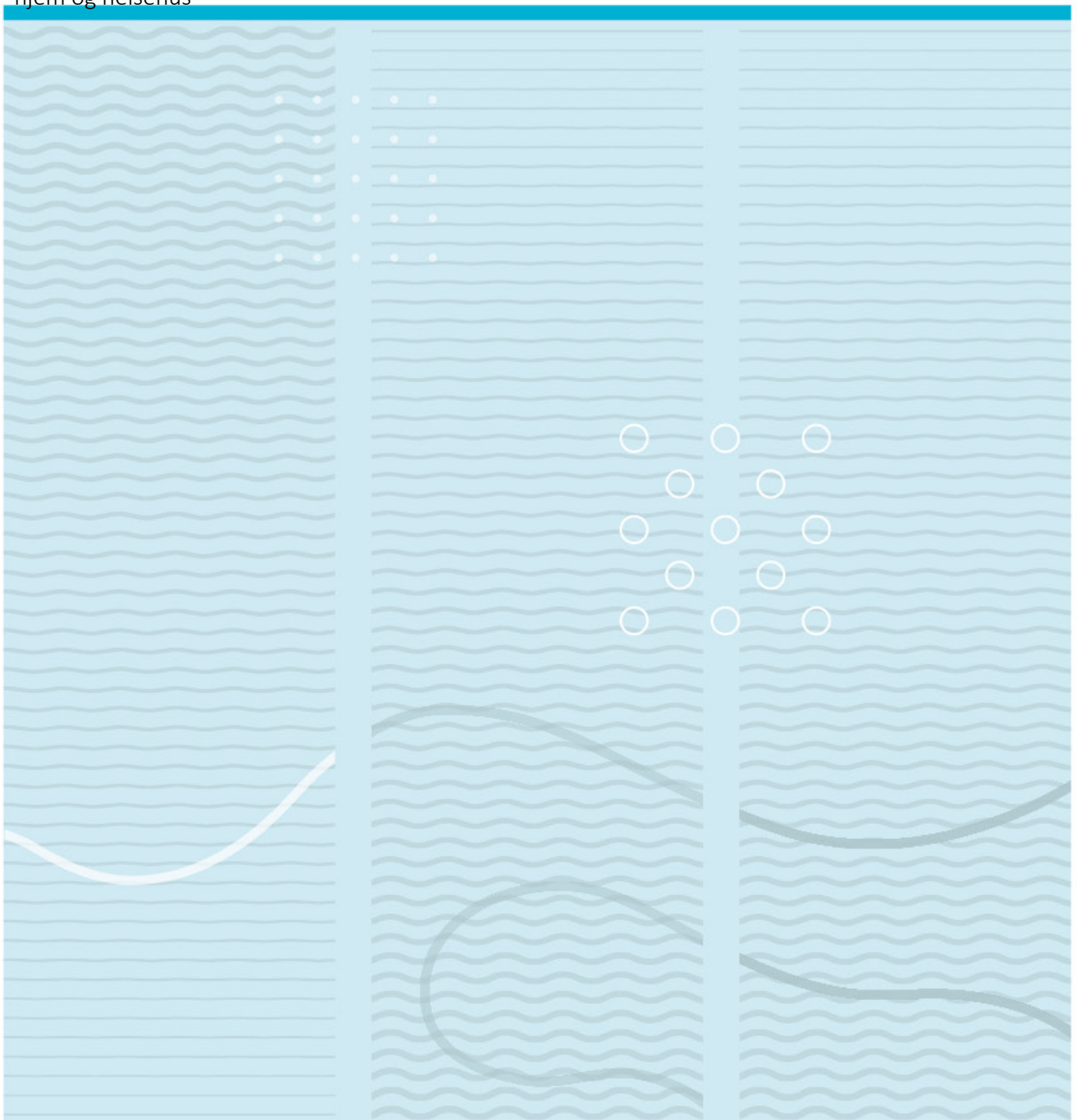


Ine Frydenberg

Pasientoverganger i kommunehelsetjenesten

En masteroppgave om sykepleieres erfaringer knyttet til samarbeid inn mot pasientoverganger mellom hjem og helsehus



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Ine Frydenberg

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien belyser erfaringer sykepleiere på helsehus og hjemmesykepleien har, knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehuset. Det er mindre forskning gjort i Norge som ser på planlagte pasientoverganger innad i kommunehelsetjenesten. Studier har vist at god kommunikasjon mellom helsepersonell er avgjørende for å sikre at nødvendig informasjon om pasientene deles mellom de ulike nivåene, og på den måten er med på å sikre en god pasientovergang. En ny norsk studie viser at det gjøres et omfattende informasjonsarbeid knyttet til pasientoverganger innad i kommunen.

Hensikt: Den overordnede hensikten med denne masteroppgaven er å bedre pasientovergangene mellom hjemmet og helsehuset i kommunen jeg arbeider. Gjennom å tilegne meg kunnskap om hva andre sykepleiere erfarer, knyttet til samarbeid innad i kommunehelsetjenesten ønsker jeg å få mer kunnskap, som kan overføres til eget arbeidssted. Problemstilling: «Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehuset?» Forskningsspørsmål: 1) Hva kjennetegner samarbeidet mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og på helsehuset? 2) Hvilke faktorer legger sykepleierne særlig vekt på, for å fremme samarbeidet i pasientovergangene? 3) Hvilke faktorer erfarer sykepleierne kan hemme eller være til hinder for samarbeidet i pasientovergangene? Dette er kunnskap som kan være med på å bedre pasientovergangene for eldre i kommunehelsetjenesten.

Teoretisk referanseramme: Den teoretiske referanserammen for denne masteroppgaven er nært knyttet til min sykepleiefaglige for forståelse, og legger vekt på teori om kommunikasjon, samarbeid, pasientsikkerhet, pasientoverganger, transition teori i sykepleie og faglig forsvarlighet.

Metode: Studien har et kvalitativ design. Det ble anvendt to fokusgruppeintervju med til sammen syv deltagere. Ett med fire sykepleiere fra hjemmesykepleien og ett med tre sykepleiere fra helsehuset. Analysen er gjennomført ved tematisk innholdsanalyse og i tråd med Malteruds fire trinn. Studien er godkjent av NSD. Forskningsetiske overveielser er ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen.

Resultater: Funnene indikerer kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene, uavklarte roller, forventninger og tilnærminger i pasientovergangene påvirker samarbeidet mellom

sykepleierne på helsehuset og i hjemmesykepleien. Og at kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientovergangene.

Diskusjon: I diskusjonsdelen løftes problematikken og dilemmaer fra resultatdelen frem og drøftes i lys av tidligere forskning, nasjonale føringer, lovverk og annen relevant teori.

Konklusjon: Studien hadde tynne og overfladiske data. Sykepleierne legger større vekt på hva som hemmer, enn det som fremmer samarbeidet i pasientovergangene mellom helsehuset og hjemmet. Kommunikasjonsutfordringer lyser særlig frem som et komplekst og sentralt område. Sykepleierne beskriver kommunikasjonsutfordringer som hemmende for samarbeid i pasientovergangen. Helsehuset trekker frem at det å kjenne den man skal samarbeide med i hjemmesykepleien kan fremme samarbeidet i pasientovergangene. Samarbeidet mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og på helsehuset i denne studien kjennetegnes av ulike rutiner vedrørende kommunikasjon i pasientovergangene, uavklarte roller, forventninger og tilnærminger i pasientovergangene, kontekst, rammebetingelser og relasjoner.

Nøkkelord: Erfaringer, sykepleiere, samarbeid, pasientoverganger & kommunehelsetjenesten.

Abstract

Background: This study sets out to shed light on the experiences nurses, working both at health care centers and in home nursing, have in regards to patient transition between their home and health care center. There have been smaller studies in Norway that look at planned patient transfers within the municipal health service. Studies have shown that good communication between health personnel is crucial to ensure that the necessary information about a patient's health is shared between the different levels of care, which again ensures good patient transfers.

Intent: The overall purpose with this master's thesis is to help better the patient transfers between the patient's home and the health care center where I work. By looking at what other nurses experience in collaboration within the municipal health service I hope to increase my level of knowledge, which then can be transferred to my workplace.

Thesis: «Which experiences do nurses in the municipal health service have linked to patient transfer between their home and a health care center?» **Research questions:** 1) What characterizes the collaboration between nurses working in home nursing and at the health care center? 2) Which factors are especially important to the nurses, to better the collaboration in regards to patient transfer? 3) Which factors does the nurses experience that may hinder or impede the collaboration in patient transfer.

This is knowledge that would help better the patient transfer for the elders depending on the municipal health care.

Theoretical frame of reference: The theoretical frame of reference in this master's thesis is closely tied to my understanding of nursing, and emphasizes theory on communication, collaboration, patient safety, patient transfer, theories in nursing and professional justifiability.

Method: This study has a qualitative design. There has been two focus group interviews with seven participants total. One of the group interviews had four nurses working in home nursing and three nurses working at a health care center.

The analysis is completed by the thematic content analysis in line with Malterud four steps.

The study is approved by NSD. Research ethics considerations have been maintained throughout the research process.

Results: The findings indicate communication challenges during patient transfers, unclear roles, a differences in expectations and approaches that affects the collaboration between nurses working with home nursing and at the health care center. The findings also discuss how context, conditions and relations also affects the collaboration regarding patient transfers.

Discussion: The dilemmas and problematic areas found in the research portion is thoroughly discussed in light of earlier studies, national guidelines, national laws and other relevant theory.

Conclusion: The study had slim and superficial data. The nurses are more concerned with what is difficult, than what would help the collaboration between nurses working in home nursing and at the health care center.

The study shows that communication challenges is especially complex and central. The nurses describes how communication challenges workshop against a productive collaboration regarding patient transfers. Nurses at health care center says that it is easier to work together when they have a relationship with the nurse working in home nursing, especially during patient transfers. The collaboration between nurses working with home nursing or at the health care center is characterized by different routines regarding communication with patient transfers, unclear roles, different expectations and approaches, as well as context, conditions and relations.

Key Words: Experiences, nurses, collaboration, patient transfers and municipal health care.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Hensikt og formål	13
1.3 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål	13
1.4 Avgrensninger og presiseringer	14
1.5 Oppgavens oppbygging	14
2 LITTERATURGJENNOMGANG	16
2.1 Litteratursøk	16
2.2 Tidligere forskning	17
3 TEORETISK STÅSTED	20
3.1 Samarbeid	20
3.2 Sykepleierens rolle i et samarbeid	21
3.3 Pasientoverganger	22
3.4 Helsehus	22
3.4.1 Korttidsopphold	23
3.4.2 Kontekst på helsehuset	24
3.5 Hjemmesykepleien	24
3.5.1 Kontekst i hjemmesykepleien	25
3.6 Transition teori i sykepleie	25
3.7 Kommunikasjon og informasjon	26
3.8 Eldre, aldring og risikofaktorer	27
3.9 Faglig forsvarlighet	28

3.10 Pasientsikkerhet	29
4 METODE	31
4.1 Vitenskapelig forankring	31
4.1.1 Teoretisk referanseramme	32
4.1.2 Egen forforståelse	32
4.2 Rekruttering og utvalg	33
4.2.1 Kontekst	34
4.3 Fokusgruppeintervju og intervjuguide	35
4.4 Datainnsamling	35
4.4.1 Forberedelser til datainnsamlingen	36
4.4.2 Gjennomføring av intervjuene	36
4.5 Forskningsetiske overveielser	38
4.5.1 Anonymitet	39
4.6 Transkribering og analyse	40
4.6.1 Helhetsinntrykk	41
4.6.2 Meningsdannende enheter	42
4.6.3 Abstrahert meningsinnhold	43
4.6.4 Syntese	47
4.7 Vurdering av studiens begrensninger og styrker	47
Studiens troverdighet	48
5 STUDIENS FUNN	50
5.1 Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene	50
5.1.1 Forskjellige rutiner mellom helsehuset og hjemmesykepleien vedrørende kommunikasjon i pasientovergangen	50
5.2 Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene	52
5.2.1 «Bestillinger» fra hjemmesykepleien utenfor det sykepleierne på helsehuset anser som deres funksjonsområde	52
5.2.2 Ulike tilnærminger til pasientens funksjonsnivå	53
5.2.3 Manglende kjennskap om og forståelse for sykepleierkollegaers arbeidssituasjoner og roller på tvers av sektorene påvirker samarbeidet i pasientoverganger	54

5.2.4 Barriere for å ta imot råd fra sykepleierkollegaer på tvers av sektorene i forbindelse med pasientoverganger	55
5.3 Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientoverganger	56
5.3.1 Ulik forståelse av tilbudet i Helse- og omsorgstjenestene i kommunen	56
5.3.2 Kontekster	57
5.3.3 Distriktsavhengig	59
5.4 Oppsummering av funnene	60
6 DRØFTING	61
6.1 Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene	61
6.1.1 Forskjellige rutiner vedrørende kommunikasjon i pasientovergangen	61
6.2 Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene	66
6.2.1 «Bestillinger fra hjemmesykepleien utenfor det sykepleierne på helsehuset anser som deres funksjonsområde	66
6.2.2 Ulike tilnærminger til pasientens funksjonsnivå	67
6.2.3 Manglende kjennskap om og forståelse for sykepleierkollegaers arbeidssituasjoner og roller på tvers av sektorene påvirker samarbeidet i pasientoverganger	68
6.2.4 Barrierer for å ta imot råd fra andre sykepleierkollegaer på tvers av sektorene i forbindelse med pasientoverganger	71
6.3 Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientoverganger	71
6.3.1 Ulik forståelse av tilbudet i Helse- og omsorgstjenestene i kommunen	71
6.3.2 Distriktsavhengig	75
7 KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER	77
7.1 Implikasjoner for videre forskning	77
8 LITTERATURLISTE	78
9 VEDLEGG	84
Vedlegg 1- oversikt over søkeord	84
Vedlegg 2- Intervjuguide	85

Vedlegg 3- Informasjonsskriv til informantene	86
Vedlegg 4- Samtykkeerklæring	89
Vedlegg 5- Godkjenning fra NSD	90

Forord

Veien mot ferdig masteroppgave har vært en spennende, krevende og lærerik arbeidsprosess! Gjennom prosessen har jeg fått mulighet til å tilegne meg mye ny kunnskap og fordype meg godt i hvilke erfaringer sykepleiere har, knyttet til samarbeid om pasientoverganger innad i kommunehelsetjenesten. For meg som sykepleier har dette vært kunnskap, refleksjoner og perspektiver jeg vil ha med meg både i egen arbeidshverdag, men som også vil være med på å kvalitetssikre pasientoverganger innad i kommunehelsetjenesten hvor jeg arbeider.

Det er mange i nettverket rundt meg, som har støttet meg, motivert meg og «heiet» på meg i disse årene i masterprogrammet. Først vil jeg sende en stor takk til min veileder, Marianne Eika! Uten deg, hadde jeg neppe nådd målet. Takk for at du alltid ga meg påfyll av kunnskap, viste forståelse, presset meg passe mye og hele tiden ga konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil også takke deg for at du gjennom hele arbeidsprosessen alltid var så tilgjengelig og ga raske tilbakemeldinger. Videre ønsker jeg å rette en stor takk til informantene som delte sine erfaringer og refleksjoner. Takk også for at dere delte tanker og refleksjoner om frustrasjoner og utfordringer; uten disse hadde oppgaven hatt liten nytteverdi. Tusen takk til deres ledere som la til rette for at intervjuene kunne gjennomføres i arbeidstiden, og for deres hjelp til å oppnå kontakt med dere informantene. Til sist, tusen takk til min flotte familie! Dere har gjennom flere år vært forståelsesfulle, vist hensyn og heiet på meg hver eneste gang jeg har hatt lyst til å gi opp hele oppgaven.

Ramnes, 2/5-21

Ine Frydenberg

1 Innledning

Mange ganger i måneden stod jeg som sykepleier i hjemmesykepleien, i situasjoner, hvor pasienter kom tilbake fra korttidsopphold på helsehuset, i det samme bygget som jeg selv hadde personalbase, og undret meg over om den avtalte legemiddelgjennomgangen var gjennomført, om blodprøvene var tatt, eller rett og slett hvordan det var med pasienten nå? Har det skjedd endring de siste to ukene? Like mange ganger har jeg stått hjemme hos en pasient, hvor det er foretatt endringer i legemiddellisten, uten at vi sykepleierne har kommunisert godt nok, eller kommunisert i det hele tatt. Resultatet er ofte at pasienten ikke har fått riktige medisiner, ikke fått medisiner i det hele tatt fordi apoteket er stengt, eller at pasienten har fått medisiner til forskjøvet tid. Jeg kjente ofte på en fortvilelse over at samarbeidet om de sammen pasientene var så dårlig, til tross for at vi har alt vi trenger for et godt samarbeid. Vi har felles journalsystem, vi i hjemmesykepleien har smarttelefoner hvor vi kan lese dokumentasjon og dokumentere fortløpende, vi er samlokalisert for et bedre og tettere samarbeid, vi har telefon, vi jobber med pasientsikkerhet og «hva er viktig for deg». Allikevel syntes det å være tilfeldig hvilken informasjon som blir gitt, av hvem og til hvem. Reflekterer vi ikke rundt hvilke konsekvenser denne tilfeldigheten får for våre pasienter? Lener vi oss hele tiden på at «de andre sykepleierne sikkert skjønner hva vi har tenkt»? Tar vi ikke skikkelig inn over oss de nasjonale føringene som ligger tydelig til grunn, som vårt ansvar for den eldre pasienten som mottar kommunale helsetjenester? Disse refleksjonene og frustrasjonene, ledet meg til tema for masteroppgaven.

1.1 Bakgrunn

Verdens helseorganisasjon jobber for at alle mennesker uansett bosted, bør få riktig pleie i sitt nærmiljø. Dette er premisset for primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten skal se på flertallet av personers helsebehov gjennom hele livet. Primærhelsetjenestens fokus skal være pasientfokusert og ikke sykdomsfokusert. Primærhelsetjenesten har en helhetlig tilnærming som inkluderer helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, behandling, rehabilitering og palliativ behandling (World Health Organization, 2019).

Samhandlingsreformen legger føringer for bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Overordnet mål i denne reformen er at kommunene skal ta større del i, og i større grad ha ansvar for behandlingen av pasienter og brukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Samhandlingsreformen har til hensikt å sikre en helse- og omsorgstjeneste som svarer på alle pasienters behov for koordinerte tjenester. Samhandlingsreformen belyser utfordringer som kommune- og spesialisthelsetjenesten vil møte på. Utfordringene knyttes blant annet til samhandlingen rundt eldre, som kan ha lange og komplekse sykdomsforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 21).

Meld. St. 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste» vektlegger blant annet potensialet for å øke kvaliteten på tjenestene ved å investere i tjenestene på primærnivå. For å sikre en pasientorientert og fremtidsrettet tjeneste, må samfunnsoppdraget i sterkere grad legge vekt på blant annet gode forløp. Det blir flere pasienter med komplekse behov. Dette fører til at helse- og omsorgstjenestene i kommunene må arbeide annerledes og de må samarbeide bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s. 14-15). Meld. St. 26 bemerker viktigheten av å legge til rette for å se hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten i sammenheng. Den peker på at det er viktig å bygge ned skillene mellom de ulike delene av helsetjenestene, ettersom skillet ikke reflekterer pasientenes behov. Målet er å bygge en fremtidsrettet og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, hvor funksjonen er å være grunnmuren i pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s. 23). I arbeidet med «Fremtidens primærhelsetjeneste» ble det lagt stor vekt på innspill fra og dialog med pasienter og brukere. Tilbakemeldingene ga et tydelig budskap, de største utfordringene i primærhelsetjenesten var at tjenestene opplevdes som søyleorganiserte og

fragmenterte med for liten koordinering mellom tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s. 10).

Meld. St. 15 «Leve hele livet» har sammenheng som ett hovedområde, fordi eldre ønsker et tjenestetilbud som er mer preget av kontinuitet og god samhandling. Mange eldre opplever manglende kontinuitet i dagens tjenestetilbud, med krevende overganger og unødvendige brudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 146). I forbindelse med utarbeidelse av reformen, ble det gjennomført ulike dialogmøter med pasienter. På dialogmøte om sammenheng, var pasientene opptatt av smidige overganger og gode pasientforløp. Pasientene beskrev at det var for mange og usikre overganger mellom de ulike delene av kommunehelsetjenesten. Det er behov for økt grad av forutsigbare og planlagte overganger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 148)..

Folkehelseinstituttet og Kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner samarbeider om gjennomføringen av Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp. Formålet med læringsnettverket er å støtte helseforetakene og kommunene med å bedre overgangene i pasientforløpet og å sikre pasientenes behov for trygge, koordinerte og helhetlige tjenester. Overgangene i pasientforløpet skal gjennom læringsnettverket bedres både mellom sykehus og kommune, men også internt i kommunene (Danielsen & Fredwall, 2017, s. 45). Fundamentene i «Gode pasientforløp» er todelt, det skal både sikre «helhetlige pasientforløp i hjemmet», som er et generelt forløp med en strukturert utskrivningsprosess, som er anvendbar på alle pasientgrupper, uansett diagnose. Den andre delen er å arbeide på en slik måte at pasienten selv opplever å være likeverdig i utarbeidelsen av sitt eget pasientforløp, gjennom spørsmålet «hva er viktig for deg» (Grimsmo, 2020). Oppsummert utviklings- og forskningsarbeid som omhandler pasientforløp for eldre med kronisk sykdom i den kommunale helse- og omsorgstjenesten viser at det knyttes utfordringer til arbeidet med helhetlige pasientforløp. Litteraturen belyser et samhandlingsbehov i tjenestene, som et resultat av at det norske helsevesenet er fragmentert og komplekst, med blant annet mange tjenester og overganger i et pasientforløp. Standardiserte pasientforløp og bruk av sjekklister trekkes frem som gode tiltak for å bedre pasientovergangene (Danielsen & Fredwall, 2017, s. 45).

Et økende antall pasienter behandles utenfor sykehus, det er derfor nødvendig at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har kunnskap og kompetanse til å sikre god behandling. Antall eldre er stadig økende, og dette fører til at man må finne løsninger for pleie og behandling på ulike nivåer i helsetjenesten. Pasienter som skal behandles med mer komplekse kliniske behov, stiller igjen et større krav til økt kompetanse og bedre kompetanse i håndtering av medisinskteknisk utstyr (Leonardsen, 2019).

På grunn av den økte spesialiseringen i kommunale helse- og omsorgstjenester, beveger eldre pasienter seg mellom ulike tilbud innad i kommunen. I pasientforløpet er samhandlingen mellom de ulike tjenestetilbudene et sårbart punkt (Waring & Avery, 2014). Kompleksiteten i helse- og omsorgstjenestene er utfordrende når det skal leveres trygge og gode tjenester (Sogstad & Sundlisæter, 2020).

1.2 Hensikt og formål

I arbeidet med denne masteroppgaven har målet vært å få bedre innsikt i hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien og på helsehus har, knyttet til samarbeidet i pasientoverganger i kommunehelsetjenesten. Målet er å kunne se på andre sykepleieres erfaringer og bruke disse til å bedre praksis på eget arbeidssted, slik at overgangene mellom hjemmet og helsehus, blir bedre for pasientene i kommunen jeg arbeider.

1.3 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgaven skal se på hvilke erfaringer sykepleiere har inn mot pasientoverganger. Hva erfarer sykepleiere når det gjelder samarbeid i en pasientovergang i kommunehelsetjenesten? Er lovverk og nasjonale føringer godt nok implementert i arbeidet som sykepleiere utfører? Etter mye refleksjon alene og med andre studenter, men også veileder, landet jeg på følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehus?»

Forskningsspørsmål:

- Hva kjennetegner samarbeidet mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og på helsehus?
- Hvilke faktorer legger sykepleierne særlig vekt på, for å fremme samarbeidet om pasientoverganger?
- Hvilke faktorer erfarer sykepleierne kan hemme eller være til hinder for samarbeid i pasientoverganger?

1.4 Avgrensninger og presiseringer

På grunn av oppgavens omfang har det vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger tidlig i studien. I denne studien har jeg valgt å fokusere på samarbeid begge veier mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og på helsehus i pasientoverganger. Det presiseres at det legges vekt på pasientoverganger i et pasientforløp og ikke hele pasientforløpet. Oppgaven vil kun se på hvilke erfaringer sykepleiere i kommunehelsetjenesten har, andre yrkesgrupper er ikke inkludert. Dette er dog en masteroppgave tilknyttet et tverrfaglig studieprogram, og litteratur som retter seg mot eller er publisert for andre yrkesgrupper, kan være aktuelt å anvende. Videre er det valgt å legge vekt på de eldre pasienter over 80 år. Det er ikke bare eldre som beveger seg mellom de ulike delene av helsetjenesten, men det er som oftest den geriatriske pasienten jeg møter og har en personlig interesse for. Tidligere forskning belyser også at de eldre ofte er sårbare i pasientoverganger.

Manglende kommunikasjon mellom helsepersonell lyser frem som en sentral årsak til negative konsekvenser for pasientene i overgangene, og kommunikasjon vil derfor løftes frem i teoridelen. Det samme gjør organisering av helsetjenestene, og dette ansees også som viktig tematikk for oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygging

I dette kapittelet har jeg gjort kort rede for bakgrunn for valg av tema, hensikten med studien, samt presentert problemstillingen og forskningsspørsmålene. I det neste kapittelet vil jeg

gjøre rede for litteraturgjennomgang og tidligere forskning. I kapittel tre vil jeg trekke frem litteratur som belyser tematikken i oppgaven. Både artikler, lærebøker, lovverk og Meldinger til Stortinget er valgt som teoretisk grunnlag. I kapittel fire redegjøres det for metodisk tilnærming, arbeidsprosessen rundt innhentet data, analyseprosessen, forskningsetiske overveielser og vurdering av studiens overførbarhet og troverdighet. Kapittel fem tar for seg studiens funn. I kapittel seks løftes problematikken fra funnene frem og sees i lys av teoretiske perspektiver, problemstillingen og tidligere forskning. Til sist vil jeg kort oppsummere studiens funn. Kapittel syv avslutter oppgaven med konklusjon og avsluttende kommentarer.

2 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet gjøres det kort rede for litteraturgjennomgangen som er gjennomført og tidligere forskning som er lagt til grunn for det videre arbeidet med masteroppgaven.

I arbeidet med masteroppgaven ble det fra start sentralt å få bred og god oversikt over litteratur som omhandlet pasientoverganger. Det ble også viktig å få oversikt over forskning og lovverk, som var relevant for masteroppgaven.

2.1 Litteratursøk

Det ble gjennomført søk i følgende databaser; Cochrane, MEDLINE, CINAHL, PubMed, SveMed, Oria og helsebiblioteket. I tillegg ble stortingsmeldinger benyttet, til sist leste jeg om mange pågående forskningsprosjekt og avsluttede forskningsprosjekt som lå tilgjengelige hos «Aldring og helse» og Senter for omsorgsforskning. Aktuelle søkeord er samlet i tabell 1 (vedlegg1). Søkerordene ble kombinert på ulike måter og i ulik kombinasjon med hverandre. Underveis i arbeidet med litteratursøket fikk jeg veiledning av bibliotekar, som hjalp til med kombinasjoner, avgrensninger og hvordan jobbe seg systematisk gjennom søkeprosessen. Denne prosessen var lærerik, og det var fint å få veiledning gjennom et helt søk. Deretter jobbet jeg med søk på egenhånd, før jeg hadde en ny veiledning hos den samme bibliotekaren. Vi gjennomgikk da min selvstendige arbeidsprosess. Etter avgrensninger og gjennomgang med bibliotekar satt jeg igjen med 54 artikler som jeg bestemte meg for å lese grundigere gjennom. Åtte av disse var av relevans og anvendes i masteroppgaven. Det er gjort mye forskning på pasientoverganger mellom ulike aktører og nivåer i helsevesenet, spesielt mellom sykehus og kommuner. Men lite forskning er gjort på overganger innad i kommunehelsetjenesten. Dette bekrefter også en oppsummering av kunnskap og forskningsresultater, publisert av aldring og helse fra 2017; hvor kun to av 36 dokumenter omhandlet overgangen fra hjemmet til sykehjem (Bergh et al., 2017, s. 6).

2.2 Tidligere forskning

Pasientoverganger er en av de mest pressede temaene i den globale satsningen for å forbedre sikkerheten til pasienter som mottar offentlig hjelp. Dette fordi eldre ofte har behov for hjelp på flere nivåer i helsetjenestene. Eldre ser ut til å være en gruppe som er særlig utsatt for medisinske feil i pasientovergangene (Laugaland et al., 2011). Eldre er den mest sårbare delen av befolkningen når det gjelder kommunikasjonsrelaterte, negative resultater og problemer med fragmentering av omsorg (Laugaland et al., 2011).

Hjemmesykepleie er en grunnleggende tjeneste for mange eldre pasienter. Noen kombinerer hjemmesykepleie med andre tjenester, for eksempel korttidsopphold på sykehjem. En studie fra 2013 så på kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. Studien dokumenterer at dette anses som en positiv tjenesteform for pasientene. Når det gjelder innholdet i tjenesten til pasientene som veksler mellom hjemmet og korttidsopphold ser det ut til å oppstå ulike former for kontinuitetsbrudd, som kan medføre risiko knyttet til informasjonsoverføringen. Opplysninger knyttet til legemidler og sykepleiedokumentasjon ser ut til å være særlig utfordrende å overføre (Rusdal & Aase, 2013).

En studie fra 2014 belyser tematikken omkring kommunehelsetjenesten som har fått omfattende og nye oppgaver, med krav om å vektlegge aktiv omsorg og samarbeide tverrfaglig. Kommunenes organisering av helsetjenester hemmet samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper. Møtepunkter for kunnskapsoverføring og faglige diskusjoner var tilfeldig, og avhengig av enkeltpersoner. Studien fant også at tilbudet i kommunehelsetjenesten manglet koordinering av tjenestene og at tilbudet var oppdelt (Moe & Hamran, 2014)

En studie gjort på samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester belyser at det er behov for økt kunnskap rundt hvordan profesjonsutøvere kan motiveres til økt samarbeid. Det er også behov for samordningstiltak, hvor aktørene forpliktes til samhandling på kryss av organisatoriske grenser, og det bør utvikles en felles forståelse av hvordan og hvorfor man bør samarbeide (Kassah & Tønnessen, 2016). Helsepersonell understreker også viktigheten av å jobbe tverrfaglig og at tverrfaglig samarbeid er nødvendig og bør styrkes for å fremme

sammenheng i den eldre pasientens behov for helse- og omsorgstjenester (Kumlin & Hellesø, 2021).

En kunnskapsoppsummering av overganger og brudd i pasientforløp for eldre, belyser blant annet funn fra en studie som så på helhetlige pasientforløp i hjemmet. Studien de henviser til fant at personalet i hjemmesykepleien utøvde bedre observasjoner av pasientene, ga bedre kvalitet på tjenestene og rapporterte bedre. I tillegg fikk pasientene lik behandling, uavhengig av bosted. Det var mer ressurs- og tidkrevende, og de ansatte i hjemmesykepleien fikk derfor mindre tid sammen med pasientene (Bergh et al., 2017, s. 9).

Effektiv og god kommunikasjon mellom sykepleiere som er involverte i pasientoverganger er avgjørende for en god pasientovergang. Sykepleierfaglige verdier ser ut til å kunne variere fra hvor i helsesektoren sykepleierne arbeider. I dette ligger at sykepleiere fra ulike arbeidssteder kan ha forskjellige verdier og oppfatninger av sykepleie. Sykepleiere som samarbeidet om felles pasienter, som mangler kunnskap om hverandres arbeidsforhold, kan påvirkes av antagelser og forforståelse om den andre sykepleieren, som igjen kan påvirke kommunikasjonen og samarbeidet knyttet til planleggingen og gjennomføringene av en pasientovergang på en negativ måte (Petersen et al., 2019).

En studie fra 2020 konkluderte med at det gjøres et omfattende informasjonsarbeid knyttet til pasientoverføringer mellom kommunale tjenestetilbud. Kombinasjonen av skriftlig og muntlig kommunikasjon er sentralt for å sikre felles forståelse, tilpassede tjenester til pasientene og ikke minst for å sikre god informasjon mellom tjenestestedene som samarbeider om pasientene. Denne studien er en av de første som ser på samhandling mellom de ulike kommunale tjenestetilbudene, med hovedfokus på informasjon (Sogstad & Sundlisæter, 2020). Helse- og omsorgstjenestene i kommunene kjennetegnes av økende spesialisering. I dette ligger at pasienter med behov for helsetjenester, i økende grad beveger seg mellom de ulike tjenestetilbudene innad i kommunen (Sogstad & Sundlisæter, 2020).

En annen studie fra 2020 ser på ulike organiseringer av helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Både demografiske endringer, men også overføring av medisinske omsorgsoppgaver fra spesialist til primærhelsetjeneste i norske kommuner, har ført til endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenester. Gjennom analysen fremkommer

det i denne studien, at kommunene i Norge tilbyr flere spesialiserte langtidstjenester for sine innbyggere. Spesialisering skjer både i hjemmesykepleien og på sykehjem, lindrende behandling og demensomsorg er de hyppigste. Spesialiseringsnivå varierer, og kommunestørrelse ser ut til å være en fremtredende faktor. Små kommuner ser ut til å ha mindre grad av spesialisering, sammenliknet med større kommuner. Noen kommuner har løst dette ved å samarbeide med andre kommuner. Store kommuner med høyt spesialiseringsnivå, ser ut til å ha høyere andel ansatte med høyere utdanning (Sogstad et al., 2020).

3 Teoretisk ståsted

I dette kapitlet redegjøres det for sentrale temaer for masteroppgaven; pasientoverganger med fokus på transition teori i sykepleie, samarbeid, herunder sykepleierens rolle i et samarbeid, aldring og risikofaktorer for eldre, faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Tidligere forskning belyser at kommunikasjon mellom sykepleierne er sentralt, og det vil derfor legges vekt på kommunikasjon og informasjonsutveksling. Lovverk og Stortingsmeldinger er også anvendt for å underbygge tematikken i teorikapitlet.

3.1 Samarbeid

Samarbeid ble i 1995 definert på følgende måte: «Samarbeid dreier seg om å jobbe sammen om å utføre eller løse en konkret oppgave. For eksempel blir en arbeidsoppgave eller et felles prosjekt delt mellom partene og hver person blir ansvarlig og forpliktet i sin del av oppgaven, for å oppnå et fastsatt felles mål» (Roschelle & Teasley, 1995). Begrepet samhandling brukes som definisjon i Samhandlingsreformen, og rommer mye av det samme; «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom, for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13). Samarbeid på tvers av nivåene i en kommune krever mye både i form av planlegging, tid og oppfølging av tiltak som er knyttet til det igangsatte samarbeidet. Dersom samarbeidet ikke settes i system, kan en lett falle tilbake i en flerfaglig arbeidsmetode. Gode rutiner er derfor avgjørende for å lykkes med samarbeid (Næss, G. & Helbostad, 2012, s. 76). For at et samarbeid innad i en virksomhet skal fungere og gi gode resultater, må man gjøre en innsats for å implementere samarbeid på nye områder. Selv om man har lovfestet krav om koordinering av tjenester og samarbeid mellom ulike nivåer av tjenesten, rapporteres det om manglende koordinering og samarbeid (Willumsen et al., 2016, s. 18) Dersom man ikke etablerer et godt samarbeid på tvers av nivåer og profesjoner, er det fare for at pasienter for eksempel må re-innlegges (Kvilhaugsvik & Huseby, 2017). Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven er aktørene pålagt å samhandle på en slik måte at helsetjenesten fungerer som «en helhet», dette for å oppnå tjenester og tilbud som gir sammenheng. Loven tydeliggjør også kommunenes helhetlige ansvar for et koordinert og helhetlig helse- og omsorgstilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011a).

Forberedelsesfasen inn mot et planlagt samarbeid utgjør en viktig del for en god pasientovergang innad i et system, som samarbeider om den samme pasienten (Manser & Foster, 2011). Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 1 §1-5 sier at man skal «sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov». Samtidig skal loven sikre pasient- og brukers personvern, sikkerhet og informasjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011b).

3.2 Sykepleierens rolle i et samarbeid

Ulike profesjoner bygger på ulike kunnskapstradisjoner. Man har derfor ulikt syn på problemer og problemstillinger. Kommunene har behov for å utvikle praktiske samarbeidsrutiner på tvers av nivåene. Sykepleierens rolle i et samarbeid handler om å skape struktur i tjenestetilbudet, å arbeide med relasjonsbygging, samt samspill på person-, organisasjon- og ledelsesnivå. I kommunehelsetjenestene er det behov for samarbeid for å kunne gi kontinuitet i behandlingsforløpet (Kvilhaugsvik & Huseby, 2017).

Profesjonelle som er inkludert i et samarbeid vil ha ulike forventninger til hverandre. Årsaken til dette kan være at rollene er lite avklarte, noe som igjen kan føre til konflikter mellom partene i et samarbeid. Konflikten kan både innebære å «kvitte seg med» oppgaver som følge av stort arbeidspress, eller at man «kjemper om oppgavene» seg i mellom (Ødegård, 2016, s. 121). Pasientens behov for kontinuitet hviler mye på sykepleiere som kjenner pasienten godt. Å kjenne pasienten godt er særlig viktig for å kunne gi individuelt tilpasset sykepleie. For å kunne ivareta pasientens behov for individualitet, trenger sykepleiere erfaring over tid, med å gi direkte sykepleie og til å danne en relasjon til pasienten (Fermann & Næss, 2008, s. 205). Tre faktorer trekkes særlig frem som viktige for å lykkes med et godt samarbeid; koordinator eller pasientansvarlig sykepleier, ansvarsgruppemøter og nettverksmøter (Birkeland & Flovik, 2011, s. 167-168).

3.3 Pasientoverganger

Med en pasientovergang menes i denne oppgaven en fysisk overføring av pasienten, fra et sted til en annen. Felles for pasientovergangene i kommunehelsetjenesten er at det skjer en endring av helsepersonell som skal gi omsorg og behandling til pasienten, i en gitt tidsperiode. Pasientene som veksler mellom helsehus og hjemmet, kjenner som oftest personalet på begge steder. Når pasientene skal forholde seg til flere deler av helsetjenesten, kan sykepleiere havne i situasjoner hvor vedkommende ikke vet hva den eller de andre delene av helsetjenesten gjør. Pasientene kan føle seg som «kasteballer» mellom tjenestenivåene. Det er derfor avgjørende at fagpersonene samarbeider slik at pasientene opplever et helhetlig tjenestetilbud (Birkeland & Flovik, 2011, s. 167).

Eldre har ofte flere sykdommer og komplekse helseproblemer og kan ha behov for pleie, omsorg og behandling i flere miljøer. Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell er en særlig medvirkende faktor til uønskede hendelser i forbindelse med en pasientovergang (Aase & Barach, 2011). Det er flere faktorer som påvirker sårbarheten i pasientovergangen. Dårlig eller manglende samhandling mellom helsepersonell gjør at pasienten kan oppleve helsetjenestene som uoversiktlige og fragmenterte. Pasientene kan oppleve manglende trygghet, kontinuitet og uforutsigbarhet i pasientovergangene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 148-149). Pasientoverganger innad i kommunen og mellom tjenestenivå er kjente risikoområde som er avhengig av et godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet mellom de ulike aktørene. I pasientovergangene stilles det store krav til overføring av informasjon om pasientene mellom helsepersonell på de ulike arenaene (Bergh et al., 2017, s. 7-11).

3.4 Helsehus

Et helsehus samler flere helsetjenester, for å redusere driftskostnader og for å skape et større fagmiljø. Visjonen er at det skal tilbys et koordinert og helhetlig tjenestetilbud, som speiler samhandlingsreformens krav om rett behandling, på rett sted og til rett tid. Etablering av kommunale helsehus er foretatt for å samle og samordne kommunale helsetjenester, men også for å forhindre sykehusinnleggelses (Raustøl, 2014). På et helsehus er det ulike

avdelinger, og det er opp til hver enkelt kommune hvordan man fordeler plassene (Wyller, 2020, s. 40).

3.4.1 Korttidsopphold

Korttidsavdelinger på helsehus kan brukes på ulike måter. De kan både brukes som rehabiliteringspost, hvor det kreves en kompetanse og bemanning som møter et slikt formål. Man ser at mange helsehus bruker rehabiliteringsplassene sine til annet enn rehabilitering, men det finnes også eksempler på helsehus som har både ressurser og kompetanse til å drive gode rehabiliteringsplasser. Korttidsavdelinger kan også ha avlastningsplasser. På korttidsopphold kommer pasienten inn på et opphold enten for å avlaste pårørende, når pårørende som yter omsorg for pasienten har blitt syk eller skal på ferie, eller pasienten kan være der i påvente av langtidsplass på sykehjem (Wyller, 2020, s. 40-41). I slike avdelinger skal pasienten som oftest tilbake til eget hjem etter et opphold. Korttidsavdelingene for avlastning av pårørende, er også tenkt som en avdeling hvor personalet kan utrede og observere en eller flere helsetilstander nærmere (Hauge, 2008, s. 224). Intermediære avdelinger er forsterket korttidsavdelinger. Disse avdelingene bør ha bemanning og kompetanse som er en mellomting av den man finner på sykehjemsavdelinger og en sykehusavdeling. Tanken med disse avdelingene er å ta i mot pasienter tidligere fra sykehuset og gi de videre behandling og eventuelt rehabilitering (Wyller, 2020, s. 41). Felles for avdelingene på et helsehus er at de er bemannet hele døgnet, med mulighet for å gjøre observasjoner og gi assistanse. Alle kommuner er pålagt å ha avlastningstilbud som del av kommunens tjenestetilbud. For mange pårørende er rulleringsopphold avgjørende for at pasienten skal kunne fortsette å bo hjemme. Dette gir pårørende krefter til å mestre omsorgsoppgaven, og trygghet. Pasienter som veksler mellom å være på korttidsopphold og hjemme er avhengig av fleksible løsninger som bærer preg av et godt samarbeid innad i kommunen (Laake, 2003, s. 98).

Hva de ulike kommunen definerer og legger i sitt tilbud om korttidsopphold er varierende fra kommune til kommune. Jeg har derfor valgt å presentere tilbudet fra kommunen hvor jeg innhentet data i teksten under. Av hensyn til kravet om anonymitet, oppgis derfor ikke kilde. «Korttidsopphold er et tilbud som i de fleste tilfeller varer fra en til to uker, men med mulighet for forlengelse ved spesielle behov. Vi jobber i tverrfaglig team og lager mål sammen

med deg, og vårt motto er «hva er viktig for deg?». Korttidsopphold er også et tilbud om intensiv omsorg og lindrende behandling i livets siste fase».

3.4.2 Kontekst på helsehuset

På helsehus er det personal 24 timer i døgnet. På en helseinstitusjon kan mye av arbeidet være rutinearbeid. Mange av rommene har lik utforming, men med noe ulikt personlig preg og utforming gjort av pasienten eller pårørende. (Birkeland & Flovik, 2011, s. 43-44). Juridisk sett er det store forskjeller mellom forpliktelsene kommunen har til tjenester gitt på helsehus og i hjemmesykepleien. Helsehus er strengere regulert og det stilles høyere krav til kompetanse (Birkeland & Flovik, 2011, s. 172). På helsehus trengs det flere faggrupper for å dekke kravet til drift. Det stilles derfor krav til andel av sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter for å skape et godt nok tilbud i avdelingene (Wyller, 2020, s. 41). De aller fleste pasientene på helsehuset er inne en kort periode (Birkeland & Flovik, 2011, s. 38). Ansvarsfordeling mellom lege og sykepleier må være tydelig, det samme må funksjonsfordeling og fordelingen av ansvar mellom sykepleiere og øvrig pleiepersonell. Til sist må det være tett kontakt og god kommunikasjon, for at arbeidet skal ha god kvalitet (Ranhoff & Ånstad, 2007, s. 20).

3.5 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er fundamentet i Norges kommunale omsorgstjeneste. Når det er medisinsk forsvarlig skal behandling foregå hjemme, fremfor i helseinstitusjon. Kjernepersonalet i hjemmesykepleien er helsefagarbeidere og sykepleiere (Braut, 2020). I Norge skal eldre bo hjemme så lenge som mulig. I mange norske kommuner har det visst seg å være vanskelig å organisere en hjemmetjeneste med god nok kvalitet og sammenheng for hjemmeboende eldre. Det er sentralt at hjemmesykepleien omfatter tilstrekkelig tett oppfølging og faglig kompetanse, til at pasientenes helsetilstand optimaliseres og at ikke tjenesten bare passivt yter «pleie» (Wyller, 2020, s. 43-44). Hjemmebasert omsorg har styrket seg, sammenliknet med institusjonsomsorg. Fem av seks pasienter mottar kommunale tjenester i eget hjem (Helsedirektoratet, 2017, s. 16-17). Pasienter som mottar hjemmesykepleie skal mestre sitt eget liv, i sitt eget hjem, med bistand. Pasienten kan ha

ulike behov og sammensatte behov. Både hjelp til å dekke grunnleggende behov, men også behov for håndtering av tekniske prosedyrer (Birkeland & Flovik, 2011, s. 20).

3.5.1 Kontekst i hjemmesykepleien

Det å arbeide i hjemmesykepleien er en spesiell arbeidsform på flere måter. Sykepleierne arbeider svært selvstendig og er ofte alene med pasienten, i motsetning til på et helsehus hvor det er annet helsepersonell i nærheten til enhver tid. I tillegg går det ofte tid mellom hver gang pasientene får hjemmebesøk. Hjemmet betyr noe spesielt for de fleste pasienter, huset inneholder mange minner og mye historie. Sykepleiere er «gjest» i pasientens hjem, og må balansere dette med sin faglige funksjon. Ingen hjem er like, og hver enkelt pasient har sine egne rutiner (Birkeland & Flovik, 2011, s. 44). Forutsigbarhet, helhetlig sykepleie og helsehjelp av god kvalitet til pasientene, er avhengig av et godt samarbeid innad i hjemmesykepleien. Et godt samarbeid rundt pasientene når de er hjemme, er avhengig av to faktorer. Både at det er et begrenset antall helsepersonell rundt pasienten, som er godt kjent hos hver enkelt pasient. I tillegg er det viktig med et godt dokumentasjonssystem, som gjør det enkelt å finne frem til hvordan pleie og omsorg den enkelte pasient til enhver tid mottar. På den måten sikrer man at andre ansatte kan finne frem til dokumentasjonen om personsentrert sykepleie på en effektiv måte. Pasienter som får hjelp gjennom hele døgnet, må forholde seg til mange ansatte i løpet av en uke. For disse pasientene er det sentralt med god samhandling og godt samarbeid innad i personalgruppen (Birkeland & Flovik, 2011, s. 168).

3.6 Transition teori i sykepleie

Afaf Meleis har siden 1960-tallet forsket på helse og overgangsfaser, og arbeidet med teoriutvikling i sykepleie. Det teoretiske rammeverket handler blant annet om utfordringer i menneskets liv, som et resultat av utvikling av sykdom og helseproblemer. Dette gjør individet sårbart og stiller nye krav til mestring. Et sentralt mål for sykepleiere er å hjelpe pasienter. Som et resultat av sviktende helse, vil mange eldre oppleve overganger og behov for sykepleie. Et viktig mål for sykepleien er å bidra til at eldre mestrer overgangene på best mulig måte. For å nå målet må sykepleieren ha kunnskap om hvordan pasienten mestrer

endringene og utfordringene som overgangen innebærer. I dette legger Meleis å kunne observere helsefremmende prosesser. Sykepleiere må også tilegne seg kunnskap om hvorvidt overgangen truer det som føles meningsfullt i livet til pasienten (Hvalvik, 2012, s. 8).

Transition eller overgang defineres som å bevege seg fra en situasjon, en fase eller en type status til en annen. Den engelske definisjonen av begrepet transition inneholder elementer av mening, prosesser og tid. En overgang med transition teori som utgangspunkt, kan derfor karakteriseres som en prosess som innebærer endringer, og om hvilke krav som stilles for å mestre disse endringene. Tidsperspektivet for overgangen strekker seg fra det tidspunktet hvor overgangen starter, og helt frem til tidspunktet når endringen oppleves som trygg og stabil. Eldre kan oppleve mange typer overganger, for eksempel endring av bosituasjon eller utvikling av sykdom og skrøpeligheit. Sykepleieren må inneha kunnskaper om sykepleierhandlinger som kan påvirke pasienten til å mestre overgangen på best mulig måte (Hvalvik, 2012, s. 10). For å vurdere overgangene har Meleis utarbeidet fem faktorer som skal indikere hvorvidt en overgangsprosess er helsefremmende eller ikke. Det teoretiske rammeverket tydeliggjør kompleksiteten i overgangsprosessene, som igjen tydeliggjør behovet for en kontinuerlig og helhetlig sykepleie. Sykepleiere som arbeider innen geriatrien oppfordres til å anvende, bearbeide og utvikle det teoretiske rammeverket for transition teori (Hvalvik, 2012, s. 12).

3.7 Kommunikasjon og informasjon

Sykepleiere må kunne samarbeide med hverandre. I et samarbeid er kommunikasjon det viktigste redskapet. Gjennom kommunikasjon oppsøker eller avviser vi en annen. Som profesjonsutøver må man lære seg å kommunisere på en slik måte at man fremmer et godt samspill med andre (Skau, 2017, s. 81-82). Profesjonell kommunikasjon er god, når den er faglig velfungerende og til hjelp for pasientene. Kjernen i kommunikasjon handler i stor grad om å anerkjenne den eller de man kommuniserer med, ved å være åpen, men samtidig direkte og aktivt lyttende. I all enkelhet kan kommunikasjon beskrives som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere personer. Begrepet handler om å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2008, s. 14). I et kommunikasjonsforhold er det minst to parter, som står i gjensidig utveksling- og påvirkningsforhold til hverandre. Tegn og signaler må også tolkes av den man kommuniserer

med. Ord er sjeldent entydige og hvordan man tolker er avgjørende for den videre kommunikasjonen. Profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon som hører yrket til. Som sykepleier er man en «hjelper» som skal fremme helse, gjenopprette helse, lindre lidelse og forebygge sykdom. Profesjonell kommunikasjon for sykepleiere bør derfor alltid være hjelpende, i dette ligger at sykepleieres kommunikasjon er faglig begrunnet og til hjelp for den andre part (Eide & Eide, 2008, s. 12). Profesjonell helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag og kunnskap. I norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertelighet, respekt og omsorg for grunnleggende menneskerettigheter (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Pasienten har krav på kontinuitet og kvalitet. For å oppnå dette trenger den enkelte sykepleier nødvendig og tilstrekkelig informasjon. Elektronisk pasientjournal skal bidra til å bedre kvaliteten på dokumentasjonen, og at den blir lettere tilgjengelig for andre sykepleiere (Norsk sykepleiersforbunds Forum for IKT og dokumentasjon, 2007). Sykepleiere har plikt til å dokumentere, og på den måten sikre at viktig informasjon om pasienten er nedfelt skriftlig, og også gjort tilgjengelig for andre som skal hjelpe pasienten (Pasientjournalloven, 2014). Skriftlig dokumentasjon gjøres som oftest gjennom digital journalføring. Noen steder benyttes flere dokumentasjonssystemer, for eksempel journalføring, beskjedbøker i avdelingene, legemiddellister og egne hjemmejournaler, som kan inneholde for eksempel sårprosedyrer (Fermann & Næss, 2008, s. 206). Når man som tjenestene ikke kommuniserer godt nok sammen, blir det lett rom for misforståelser, diskontinuitet i tjenestetilbudet og forsinkelser (Kvilhaugsvik & Huseby, 2017).

3.8 Eldre, aldring og risikofaktorer

Eldre utgjør en heterogengruppe med et aldersspenn fra 60 år og til over 100 år. Dette vil følgelig gi varierende grader av aldersforandringer. De unge eldre utgjør aldersgruppen 60- 75 år. En stor andel av de unge eldre er selvhjulpne og spreke. Mennesker mellom 75- 80 år betegnes som gamle, og en del av disse har aldersforandringer som gir funksjonssvikt eller sykdom. Det er store variasjoner i helsen hos eldre. En del av de gamle har aldersforandringer som har betydning for sykdom, forløp og behandling (Ranhoff, 2020, s. 53). En større andel av

befolkningen i Norge oppnår høy levealder. Alderdommen preges av to forhold, naturlige aldersforandringer og økt risiko for en del sykdommer. Aldersforandringer er endringer i de fleste av kroppens organer, noe som fører til redusert reservekapasitet og dermed økt mottakelighet for sykdom og sårbarhet. Som kan gi problemer med å klare seg selv i dagliglivet. Overgangen mellom aldersforandringer og sykdom er ofte flytende (Ranhoff, 2020, s. 53-54) . Aldersforandringer fører til at symptomer på sykdom blir mer utydelige og vanskelige å skille fra funksjonsnedsettelse, sykdom oppstår lettere og det oppstår oftere komplikasjoner ved sykdom og behandlinger Og sykdom vil ofte utvikle seg til å bli alvorlige tilstander (Wyller, 2020, s. 26-27). Pasienter med redusert kognitiv funksjon vil i tillegg ha nedsatt mulighet til å formidle subjektive symptomer (Ranhoff, 2020, s. 78).

Aldersforandringene gir økt disposisjon for problemer med å klare seg selv i dagliglivet, som følge av funksjonssvikt og sykdom (Ranhoff, 2020, s. 75-76). Med økende alder øker risikoen for en del sykdommer. For enkelte sykdommer er det ikke noen klar definert grense mellom hva som er normale aldersforandringer og hva som er sykdom. Aldersforandringer uten sykdom gir som regel ikke funksjonssvikt før i 85-90 års alderen. Den typiske geriatrike pasienten har både aldersforandringer, funksjonssvikt og kroniske sykdommer. Men det finnes store variasjoner innenfor aldersgruppen (Ranhoff, 2020, s. 79).

3.9 Faglig forsvarlighet

God sykepleiepraksis i møte med pasientene er faglig forsvarlig sykepleie. Faglig forsvarlighet setter standard for sykepleieres yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleietjenester som tildeles pasienter skal være av god kvalitet. I dette ligger, ifølge norsk sykepleierforbund, at både virksomhetens samlede tjenestetilbud, men også den enkeltes sykepleier handlinger er preget av sikre, kunnskapsbaserte, rett prioriterte, trygge og rettfærdige fordelte tjenestetilbud. I forsvarlighet ligger rettslig og etisk norm for utøvelse av arbeidet som utføres, samt faglig utøvelse av arbeidet. Som sykepleier har man plikt til å melde fra om krevende dilemmaer man står i, for å få til en kontinuerlig forbedring av arbeidet man utfører (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I de yrkesetiske retningslinjene står det blant annet nedfelt at sykepleieren har ansvar for å «*ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig, forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket*» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Når

det gjelder sykepleieren og medarbeidere står det i de yrkesetiske retningslinjene at «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m §4-1 skal helse- og omsorgstjenester som ytes eller tilbys i kommunale helse- og omsorgstjenester være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene sine slik at den enkelte pasient gis en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Videre står det i §4-2 at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011a).

Fagutvikling i kommunehelsetjenesten er nært knyttet til begrepet faglig forsvarlighet. I dette ligger at kommunehelsetjenesten til enhver tid arbeider systematisk med praksis- og fagutvikling. En stor og kjent utfordring i kommune er knappe personalressurser sett i forhold til etterspørsel og behov, som igjen fører til stor arbeidsbelastning og travelhet for personalet. Dette kan føre til at det blir krevende å prioritere kompetanseheving og fagutvikling (Rannestad & Haugan, 2017, s. 227-229). Helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, situasjonen for øvrig og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 2001).

3.10 Pasientsikkerhet

Helsevesenet er et komplekst system med ulike nivåer som alle har sine særegne trekk. Delsystemene i dagens helsevesen er ofte ulike organisatorisk, kulturelt og klinisk. Helsehus og hjemmesykepleien er to ulike nivåer i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne har ulik forståelse av pasientens tilstand, problemområder, tilhørighet, pleie og behandling. Til felles jobber de turnus, som ofte kan føre til liten kontinuitet, noe som stiller store krav til dokumentasjonsrutiner og rapportering. Sykepleierne på helsehus og i hjemmesykepleien kan oppleve risikobilder ulikt, arbeide innenfor ulike tradisjoner og vise ulike krav og holdninger til risikostyring (Wiig, 2010, s. 115-116) . Helsetjenester på helsehuset og i hjemmesykepleien må være trygge og faglig gode, men god kvalitet på helsetjenestene forutsetter også god samhandling mellom sykepleierne på tvers. «Trygge helsetjenester» bør være helsetjenester

som er sikre og uten risiko for å påføre pasientene skade som ikke er en konsekvens av eget sykdomsforløp (Testad & Aase, 2010, s. 129-130). «I trygge hender» er et satsningsområde innenfor pasientsikkerhetsprogrammet, hvor helsedirektoratet ønsker å redusere pasientskader i hele helsetjenesten. Manglende koordinering øker risikoen for svikt i arbeidet med pasientsikkerheten. Helsetjenesten består av flere enheter og det er sentralt med et godt samarbeid og god koordinering for å forebygge svikt i gjennomføringen av behandlingen av pasienten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2013).

4 Metode

Ordet metode stammer fra det greske ordet *methods* og betyr «å følge en bestemt vei mot et mål» (Tranøy, 2019). Kvalitativ metode er en forskningsstrategi for å beskrive, fortolke og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som studeres. Materialet består av tekst, som i denne oppgaven stammer fra samtaler. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver (Malterud, 2018, s. 30). I denne oppgaven benyttes kvalitativ metode fordi hensikten er å forstå sykepleiernes erfaringer. Kvalitative design retter seg ofte mot å gå i dybden av fenomener. Og to forhold spiller inn, man forsøker å få frem så mange detaljer og nyanser som mulig, i denne studien vil dette være å få frem den enkelte sykepleiers erfaring. Fortolkning og forståelse av fenomenet samarbeid. Det andre forholdet som spiller inn er at metoden forsøker å få frem en helhetlig forståelse mellom personen og konteksten han/hun befinner seg i (Jacobsen, 2010).

4.1 Vitenskapelig forankring

I denne studien har jeg valgt å ha hermeneutikk som forankring. Erkjennelsesteorien fra hermeneutikken dreier seg om å danne utgangspunkt for forståelse, gjennom tolkning av meninger som er uttrykt fra mennesker. Gjennom tolkning av tekst legger et hermeneutisk syn vekt på forholdet mellom helhet og deler, som også er beskrevet som den «den hermeneutiske sirkel» (Malterud, 2018, s. 28). Grunnbetydningen av ordet «hermeneutikk» var å gjennom tolkning bringe til forståelse. For at man som forsker skal kunne nå inn i en god og riktig hermeneutisk sirkel hvor man strever etter ny kunnskap, må man være reflektert rundt egen forforståelse og egne fordommer. Bevissthet om sin egen forforståelse har stor betydning for en troverdig og ny forståelse av fenomenet man undersøker. Med en hermeneutisk tankegang fortolker mennesker hele tiden inntrykk; vi greier ikke å oppfatte noe, uten at vi samtidig gir det mening for oss selv og fortolker det. Fortolkningsprosessen anses som en nødvendig del av all menneskelig erkjennelse. Deler må sees og forstås i lys av helheten de tilhører, og delene får ulike meninger ut ifra hvilke helheter de fortolkes i (Nilsson, 2007).

4.1.1 Teoretisk referanseramme

Teoretisk referanseramme innebærer hvordan vi identifiserer våre mønstre og hvordan vi leser vårt materiale, «de brillene vi har på». Den teoretiske referanserammen utvikles i de aller fleste prosjekter underveis. Innsamling av data, analyse, samtaler med andre, veiledning og annen lesning vil påvirke den teoretiske referanserammen. Årsaken til at den teoretiske referanserammen endres er oftest at man ser at annen teori og teoretiske posisjoner viser seg å være mer egnet som teori for å belyse problemstillingen. Den teoretiske referanserammen dreier seg altså om begreper, forskningsdesign og teori som brukes for å strukturere og forstå tolkninger (Malterud, 2018, s. 47). Den teoretiske referanserammen for denne oppgaven er nært knyttet til min sykepleiefaglige forforståelse, og legger vekt på teori om samarbeid, pasientoverganger, transition teori i sykepleie, pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet.

4.1.2 Egen forforståelse

Forforståelse er de erfaringene vi bringer med oss inn i prosjektet, og som hele tiden underveis i prosjektet vil påvirke oss (Malterud, 2018, s. 43). Forforståelsen vil påvirke måten vi innhenter, bearbeider og tolker innhentede data på. Forforståelsen er ofte utgangspunktet for valg av tema helt i oppstarten av et prosjekt (Malterud, 2018, s. 44).

Min forforståelse bygger på flere års erfaringer fra spesialist- og kommunehelsetjeneste, hvor jeg de siste fem årene har arbeidet i hjemmesykepleien. Min egen forforståelse og eget ståsted som sykepleier i hjemmesykepleien er viktig å reflektere rundt gjennom hele arbeidsprosessen med prosjektet. Dette for at jeg ikke skal tolke dataene slik jeg ønsker, eller tolke svarene mer subjektivt enn åpent og objektivt. Under intervjuene og i arbeidet med analyse av innhentede data, ble det sentralt å reflektere rundt kontekst, eget ståsted og egne erfaringer. Ved å lytte flere ganger, søke veiledning og drøfte de funnene jeg gjorde, med veileder sikret vi også en felles refleksjon. I arbeidet med innhenting av data, altså under fokusgruppeintervjuene, ble det avgjørende å møte sykepleierne med åpenhet, innlevelse, empati og fordomsfritt. Dette var viktig for å få frem informantenes opplevelse av fenomenet.

4.2 Rekruttering og utvalg

Arbeidet med å rekruttere sykepleiere til fokusgruppeintervjuene var svært krevende. Rekrutteringen startet parallelt med utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen. Flere utfordringer som omorganisering i den utvalgte kommunen, ferieavvikling og tid hos virksomhetsleder, skulle vise seg å bli utfordrende. Etter gjentatte henvendelser (telefonsamtaler, mailer og SMS til virksomhetsleder), fikk jeg endelig et svar fra virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Hun hadde sendt ut forespørsel om deltagelse til alle sykepleierne på sonene i hele kommunen. Det er ukjent hvor mange som ble spurt, ettersom dette gikk via virksomhetsleder. Fire sykepleiere fra to ulike soner hadde takket ja til å delta. Virksomhetslederen for hjemmesykepleien videreformidlet kontakt med virksomhetsleder for et helsehus i kommunen. Det utvalgte helsehuset var det helsehuset i kommunen som samarbeidet med flest soner i hjemmesykepleien. Det meste av informasjonsveksling og oversending av informasjonsskriv (vedlegg 3) foregikk på e-post, mellom virksomhetsledere og meg. I september 2020 informerte virksomhetslederne meg om at de hadde skaffet åtte sykepleiere, som fylte kriteriene for utvalget jeg ønsket å komme i kontakt med. Det optimale ville vært å rekruttere enda flere, men etter flere måneders arbeid med å rekruttere, valgte jeg, i samråd med veilederen min å være fornøyd med åtte deltagere. Inklusjonskriteriene var at man var utdannet sykepleier, jobbet «i felten» og hadde arbeidet med/har kjennskap til «helhetlige pasientforløp». Eksklusjonskriteriene var at man ikke var ferdig utdannet sykepleier, var avdelingsleder, gruppe-sykepleier, eller sykepleier med annen funksjoner enn sykepleier med direkte pasientkontakt, eller at de ikke har arbeidet med/hadde kjennskap til «helhetlige pasientforløp». De to virksomhetslederne sendte kontaktinformasjon til meg, på de åtte sykepleierne som var rekruttert.

Den neste utfordringen skulle vise seg å finne dato for gjennomføringen av intervjuene. Det var mange hensyn å ta, og jeg opplevde noe irritasjon da datoene som passet for deler av gruppen, men ikke hele, måtte gjøres om flere ganger underveis. Uforutsette møter, private avtaler mm, hos sykepleierne som skulle delta på intervjuene, førte til at endringer måtte gjøres underveis. I den delen av prosjektet var min veileder en viktig støttespiller. Hun ga tips om at det var viktig å gjennomføre intervjuene, og at det kanskje kunne være lurt å «ikke presse de for hardt», kanskje skulle vi, for eksempel, gjennomføre med tre sykepleiere som

kunne, fremfor fire som tenkt. Utvalget endte til slutt med 7 kvinnelige sykepleiere, med gjennomsnittlig 9,5 års arbeidserfaring. Fire av sykepleierne hadde videreutdanning. To i geriatri, en i palliativ omsorg og en i psykiatri. Den ene sykepleieren skulle vise seg å ikke fylle inklusjonskriteriene. Årsaken til at hun ikke fylte kriteriene var at hun arbeidet som gruppe-sykepleier, som var et av eksklusjonskriteriene. Til tross for at jeg gikk nøye gjennom inklusjons- og eksklusjonskriteriene med alle, både i forkant, men også på selve intervjudagen, sa hun ikke noe om dette selv. At hun innehadde rollen som gruppe-sykepleier kom først frem godt ut i fokusgruppeintervjuet. Jeg valgte derfor å fortsette intervjuet med henne som deltager.

4.2.1 Kontekst

Data ble innhentet i en stor kommune på Østlandet. Kommuner som har innbyggertall på mer enn 20.000 innbyggere defineres av SSB som en stor kommune (Langøren et al., 2015). Fire sykepleiere fra hjemmesykepleien deltok. De jobbet på to ulike soner. Det ble ikke etterspurt hvor mange pasienter som mottok tjeneste fra disse to sonene, men de hadde ca. samme pasientantall og var likestilt med ressurser. Hjemmesykepleien i kommunen date ble innhentet har følgende visjon for sine helsetjenester i hjemmet; «En tjeneste som satser på mestring og mening i egen hverdag, med ekstra fokus på aktivitet og ernæring. Vi er opptatt av å kunne gi tjenester på en slik måte at pasientene kan opprettholde eller få tilbake evnen til å utføre aktiviteter som de kan mestre selv. Bruk av velferdsteknologi er et sentralt satsningsområde. Vi er opptatt av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering».

Tre sykepleiere fra et av kommunens helsehus deltok. De jobbet på tre ulike avdelinger, lindrende avdeling, hvor avdelingen hadde pasienter som kom inn for smerteutredning og oppfølging, lindring og palliativ behandling. Korttidsavdelingen, hvor pasienter var på rulleringsopphold, korttidsopphold, noe utredning og eldre med psykiske utfordringer. Intermediær avdeling, som hadde ansvaret for pasienter som kom fra sykehuset og skulle ferdigbehandles med for eksempel antibiotika, eller som av ulike årsaker ikke kunne komme hjem, men var utskrivningsklare fra sykehusets side. Avdelingen fungerte altså som et mellomledd mellom sykehuset og hjemmet/andre avdelinger på helsehuset. Kommunenes KAD-plasser var også tilknyttet denne avdelingen. KAD-plasser er kommunale akutt

døgnplasser, et alternativ til sykehusinnleggelse til pasienter som har en kjent diagnose, som ikke bør behandles på sykehus, men som har behov for tettere oppfølging.

4.3 Fokusgruppeintervju og intervjuguide

Fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet når man ønsker å lære mer om holdninger i et miljø, erfaringer eller synspunkter omkring et bestemt tema (Malterud, 2018, s. 138).

Fokusgruppeintervjuene settes sammen av 5-8 deltagere, i tillegg til en moderator.

Moderatoren har som hovedoppgave å passe på at alle kommer til ordet, og ikke minst observere dynamikken i gruppen. Det er anbefalt å ha med en observatør, som kan gjøre notater underveis i intervjuet. Fordelen med fokusgruppeintervjuer er at de krever mindre ressurser enn individuelle intervjuer. I tillegg er det rom for faglige diskusjoner i gruppen. Ved å velge fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, forventer man at det kommer frem en annen type informasjon enn hva som vil komme frem dersom man gjør individuelle intervjuer (Malterud, 2018, s. 139). I arbeidet med å forberede fokusgruppeintervjuet jobbet jeg mye med intervjuguiden (vedlegg 2). Intervjuguiden ble forkortet ganske mye i arbeidet fra første utkast og frem til det første fokusgruppeintervjuet. Intervjuguiden ble også justert noe mellom første og andre intervju. I det siste utkastet til intervjuguiden startet første spørsmålet med å gå rett inn i kjernespørsmålene med en gang; hvor sykepleierne ble bedt om å snakke om hvilke erfaringer de hadde knyttet til samarbeidet med sykepleierne på helsehuset/hjemmesykepleien.

4.4 Datainnsamling

Som metode for datainnsamling valgte jeg fokusgruppeintervju. I datainnsamlingen og i arbeidet med innhentet data, omsettes informasjon om problemstillingen til tekster og observasjoner. I denne fasen etableres empiriske data som skal fortolke, systematisere og sammenfatte analysen. For å utvikle ny kunnskap er rike og relevante data en forutsetning (Malterud, 2018, s. 69).

4.4.1 Forberedelser til datainnsamlingen

Før gjennomføringen av intervjuene gjennomgikk jeg intervjuguiden og utforsket mulige fallgruver, testet diktafonen og hadde en gjennomgang sammen med en medstudent. Denne gjennomgangen opplevde jeg som veldig lærerik og viktig. Og skulle jeg gjort noe annerledes, ville jeg satt av mer tid til å forberede meg til fokusgruppeintervjuene. For eksempel ved å samle en hel gruppe, for å se på gruppedynamikk, flyt og utfordringer som kunne oppstå.

4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene fant sted i oktober 2020, med fire dagers mellomrom. Jeg møtte informantene på deres arbeidsplass. Sykepleierne fra hjemmesykepleien møtte jeg i en peisestue, som lå i samme lokaler som de to sonene av hjemmesykepleien tilhørte. Peisestuen var avlukkert fra avdelingen, og resten av bygget. Rommet hadde et stort vindu hvor man så rett mot en stor peis som brant. Intervjuet med sykepleierne fra hjemmesykepleien startet klokken 11:00.

Sykepleierne fra helsehuset møtte jeg på et møterom midt inne i en avdeling. Møterommet var lydisolert, uten vinduer mot avdelingen. Rommet hadde store vinduer ut mot vakker natur, som også slapp inn mye dagslys. Intervjuet med sykepleierne på helsehuset startet klokken 13:00.

Det er viktig å få informantene til å slappe av. Å starte med litt løs prat og kaffe, hjelper både informantene og moderatoren til å senke skuldrene og slappa av. I tillegg kan løs prat i starten være med på å skape tillitt (Gordon, 2010). Jeg startet begge intervjuene med å fortelle litt om meg selv og min bakgrunn. Hvor jeg jobbet, hva jeg hadde av erfaring og hvem jeg var utenom å være sykepleier. Deretter fortalte jeg om prosjektet mitt og arbeidet mot ferdig masteroppgave. Observatøren, som var en medstudent og en god kollega fortalte også kort om seg selv og sin rolle. Sykepleierne presenterte seg med navn, hvor de arbeidet, hvilke erfaring og eventuell videreutdanning de hadde. Jeg opplevde stemningen som god, sykepleierne var imøtekommende, sosiale og ga uttrykk for at de syntes det var fint å delta med sine erfaringer.

Det var avsatt to timer til gjennomføring av hvert intervju. Arbeidsgiver hadde ikke anledning til å fristille sykepleierne med mer tid, derfor var det ønskelig at vi møttes så nære avdelingene som mulig. På grunn av koronapandemien, hadde jeg på forhånd lagt opp til god avstand mellom alle. De fleste sykepleierne var på jobb intervjudagen, men to av sykepleierne hadde fri og fikk kompensasjon av arbeidsgiver i form av avspaseringstimer.

Det første intervjuet bar preg av mange pauser og liten flyt. Sykepleierne hadde behov for at jeg stilte mange spørsmål og skapte flyt i samtalen for dem. Dette handlet til dels om min rolle som moderator. Jeg hadde ikke reflektert og forberedt meg på at samtalen og gruppedynamikken skulle være oppstykket. Dette kunne kanskje vært unngått dersom jeg hadde gjennomgått et prøve-intervju med en hel gruppe og ikke bare en person. Til gjengjeld ble jeg svært oppmerksom på dette i intervju to. Jeg var ikke like raskt ute med å stille spørsmål når sykepleierne stoppet opp for å tenke, det ble stillhet i rommet, og jeg lot det få være stille. Jeg klarte også i mye større grad å holde mine egne tanker tilbake og tok den rollen man skal ha som moderator i et fokusgruppeintervju. Jeg var mer opptatt av å legge merke til dynamikken, få alle sykepleierne med inn i samtalen og jeg stilte noen flere oppfølgingsspørsmål til det sykepleierne snakket om underveis i samtalen. I det andre intervjuet ble det mye mer flyt. Tanken var at jeg skulle inneha en rolle som var en mellomting av passiv og aktiv. Når man velger en slik strategi, er det noen momenter det er viktig å være seg bevisst. Det er å fungere som ordstyrer dersom noen snakker i munnen på hverandre, slik at gode diskusjoner ikke går i oppløsning. Det neste man må passe på eller legge merke til er dominans. Er det noen som utmerker seg, både ved å prate mye mer enn andre, men også ved å avbryte andre som kan ha gode temaer å bringe inn i duppediskusjonen. Det siste man må være oppmerksom på er å passe på å holde igjen, når gruppen forlater et tema for raskt, som er av stor interesse for oppgaven (Jacobsen, 2010, s. 101). I det første intervjuet opplevde vi at en av sykepleierne var dominerende, hun snakket mye og avbrøt flere av de andre gjennom hele intervjuet. Særlig en av de andre sykepleierne kom veldig i skyggen. Sykepleieren som ble avbrutt, hadde flere gode innspill og refleksjoner. I etterkant av intervjuet, diskuterte jeg med min veileder hvorvidt jeg kunne ta kontakt med denne sykepleieren igjen, for å høre mer om hva hun hadde å si. Min veileder sa det kunne være lurt å vente, at kanskje ville det fremkomme mer enn jeg trodde jeg satt igjen med, og det viste seg å være helt rett. Det kom frem mer da jeg hørte på lydopptakene i etterkant.

Sykepleieren som bemerket seg som dominerende, skulle også vise seg å være sykepleieren som fylte eksklusjonskriteriet, ettersom hun arbeidet som gruppe-sykepleier.

I det andre intervjuet var dynamikken en helt annen. Sykepleierne viste respekt for hverandre og diskuterte det alle brakte inn i samtalen. Den ene sykepleieren var litt «reservert» de første 15 minuttene av intervjuet. Dette sa hun noe om selv også, hun syntes det var en ubehagelig setting og at hun måtte bli litt trygg i situasjonen. Til gjengjeld tilføyde hun svært mye de siste 45 minuttene av intervjuet. Jeg forøkte å ha så åpne spørsmål som mulig, og stilte oppfølgingsspørsmål i de tilfellene hvor det var uklart hva sykepleierne mente med det de sa, eller dersom jeg ønsket bekreftelse på at jeg hadde oppfattet det de sa riktig. Noen ganger underveis i intervjuene ble jeg veldig ivrig, og stilte spørsmål som kan ha ledet frem til svar jeg ønsket fra sykepleierne. Jeg avbrøyt også informantene ved to anledninger (en gang i hvert intervju). Jeg fortalte da om egne erfaringer, rett og slett fordi jeg ble så ivrig og oppslukt av det de snakket om, at jeg glemte min egen rolle som moderator

Umiddelbart etter intervjuene, satt jeg sammen med observatøren i gjennomsnitt 35 minutter. Vi gjennomgikk intervjuet, oppsummerte hovedkategorier av «funn». Dominans, gruppedynamikk, samt styrker og svakheter ved intervjuet som helhet. Dette opplevde jeg som svært lærerik og ikke minst har disse notatene vært sentrale i arbeidet med analysen. Alle sykepleierne som deltok fikk en liten oppmerksomhet, som takk for at de stilte opp. Jeg sendte også ut en mail til virksomhetslederne deres å takket for hjelpen med rekrutteringen og for hjelpen med å legge til rette for gjennomføringen av intervjuene.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Dette prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Meldeskjema 524182 (Vedlegg 5). I meldeskjema til NSD redegjorde jeg for hvilke typer personopplysninger som skulle innhentes, i tillegg til å legge ved en kort presentasjon av prosjektet.

Informasjonsskrivet ble lagt ved søknaden som vedlegg. Universitetet i Sørøst-Norge er behandlingsansvarlig institusjon og min veileder er prosjektansvarlig. Hun hadde derfor også tilgang til innsendt og godkjent meldeskjema. Utvalget var sykepleiere fra hjemmetjenesten

og helsehus, som hadde erfaring med pasientoverganger. Fokusgruppeintervju ble benyttet som kilde for innhenting av data. For at samtykke skal være gyldige, må de være spesifikke, informert, frivillig, dokumenterbart, lett og trekke tilbake, aktivt og utvetydig. I forkant av intervjuet ble det sendt ut informasjonsskriv om prosjektet, hvor deltagerne måtte skrive under på informert samtykke (vedlegg 4). I informert samtykke ligger også rettigheter informantene har; innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert på han/hun, få rettet opp personopplysninger, få slettet personopplysninger og informasjon om at man kan sende klage til datatilsynet om behandling av personopplysninger (Malterud, 2018, s. 214-215).

Gjennom hele prosjektet har jeg hatt kontakt med veilederen min, samt deltatt på seminardager med medstudenter og faglærere. Her har jeg lagt frem prosjektet til sammen tre ganger og fått konstruktive tilbakemeldinger. Både veiledning med veileder og deltagelse på seminardager ser jeg på som forskningsetiske overveielser. Problemstillinger, utfordringer og ståsted er diskutert og tilbakemeldinger er tatt til etterretning underveis i arbeidet med masteroppgaven.

4.5.1 Anonymitet

Forskeren skal sørge for at alle deltagerne føler seg trygge på at personvernet og anonymiteten blir godt ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning (Malterud, 2018, s. 214). I forkant av fokusgruppeintervjuene hadde sykepleierne fått både informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeerklæring tilsendt på mail. På intervjudagene gjennomgikk vi informasjonsskrivet og informert samtykke i fellesskap. Jeg informerte om taushetsplikt, og viktigheten av å konstruere eksempler, for at vi ikke skulle kunne gjenkjenne personer i de situasjonene sykepleierne eventuelt fortalte om. Før diktafonen ble satt på spurte jeg om det var noe som var uklart eller om noen lurte på noe. Jeg informerte til sist om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd, og at jeg skulle transkribere dette i etterkant av intervjuene. Ingen av sykepleierne på de to intervjuene hadde spørsmål. Under transkriberingen hørte jeg tre ganger at sykepleierne hadde navngitt kollegaer og stedsnavn, Disse ble derfor byttet ut med «xxx» i den transkriberte teksten. Retningslinjer om konfidensiell oppbevaring av forskningsmateriale og personlige opplysninger er overholdt.

4.6 Transkribering og analyse

Under intervjuene fremkom det store mengder data, i form av meninger, beskrivelser og erfaringer fra sykepleierne som deltok. Rådata er menneskers opplevelser i rom og tid av noe som har funnet sted. Det er derfor viktig å huske på at lydopptaket bare gir indirekte representasjoner av deler av det som foregikk (Malterud, 2018, s. 77). Den transkriberte teksten skal i størst mulig grad ivareta det opprinnelige materialet, på en lojal måte slik at meningene og erfaringene deltagerne delte under intervjuet bevares. Videre skal transkriberingen og analysen være gjennomført etter beste evne, og man skal i arbeidet være forsiktig med å foreta tolkninger på steder i teksten hvor grunnlaget vurderes som usikkert (Malterud, 2018, s. 78). Formålet med omgjøring fra tale til tekst, er å fange opp samtalen sykepleierne hadde, og på best mulig måte formidle det sykepleierne ville fortelle noe om (Malterud, 2018, s. 80). Transkribering gjør intervjusamtalene strukturerte slik at blir mer egnet for analyse. Når materialet struktureres i tekstform blir det enklere å få oversikt over materialet og gjør det mulig å analysere materialet (Kvale et al., 2015). Når lydopptaket omgjøres til en skriftlig tekst, får man som regel et stort og omfattende skriftlig materiale. Forskeren bør gjennomføre transkriberingen selv, gjennom dette arbeidet kan f. eks forskeren oppklare uklarheter ved å huske momenter som ikke kommer helt frem av lydopptaket. Spørsmål vi ønsker å finne svar på i analysedelen kan også oppstå gjennom det nye møtet man gjør med innhentet data, når tale omgjøres til tekst. Til sist vil man gjennom transkriberingen få en god oversikt over hvor mye av materialet som er «dødt» og som i liten grad kan brukes i det videre arbeidet. Det er viktig å vise stor respekt til fasen med transkribering. Det foregår en stor tolknings- og filtreringsprosess, og i denne fasen setter forskeren spor i innsamlet data, og kan videre påvirke meningen i teksten (Malterud, 2018, s. 80).

Transkriberingen var både tidkrevende og lærerik. Jeg hørte på lydopptakene mange ganger, og la merke til nye detaljer hver gang. Fokusgruppeintervju en varte i 43 minutter, eksklusivt introduksjonen og avslutning. Dette brukte jeg 6,5 timer på å transkribere. Arbeidet med transkribering av det første intervjuet tok i underkant av en uke. Fokusgruppeintervju to varte i 58 minutter, eksklusivt introduksjonen og avslutning. Intervjuet hadde bedre flyt og mye mer innhold og arbeidet med dette intervjuet var følgelig mye mer tidkrevende å arbeide med, og

det tok nesten dobbelt så mye tid. Transkriberingsarbeidet førte til flittig utfylling av tanker og ideer, som fikk plass i loggboken for å bevares til det videre arbeidet med analysen.

Analysen skal hjelpe oss til å finne resultater i datamaterialet vårt. I tolkning av tekst vektlegges det i hermeneutikken forholdet mellom helhet og deler, selvrefleksjon og betydning av kontekst. I arbeidet med den transkriberte teksten kan det stilles mange ulike spørsmål ut ifra hvilken kompetanse, erfaring og hvilken vei man ønsker å dreie sitt eget prosjekt. Det er avgjørende å vise evne til helhetstenkning, der man er lojal til meningsinnholdet i utsagnene til deltagerne, men også er bevisst hvilken kontekst utsagnene ble utspilt fra (Malterud, 2018, s. 84).

I arbeidet med å analysere jobbet jeg på flere ulike måter, for å finne en god måte å håndtere teksten på. Etter mye prøving, feiling og veiledning, endte jeg med å gjennomføre analysen basert på Malteruds fire trinn; 1) helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere meningsinnholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og til sist 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2018, s. 98). Etter innspill fra veileder, ble jeg også inspirert av tematisk tekstanalyse, og har anvendt Kvale og Brinkmann`s begreper om koder, meningsenheter og meningsbærende enheter (Kvale & Brinkmann, 2018). Hovedtyngden av analyseprosessen har fulgt Malterud`s fire trinn.

4.6.1 Helhetsinntrykk

Jeg startet først med å lese hele den transkriberte teksten fra hvert intervju. I denne prosessen forsøkte jeg å sette min egen forforståelse til side, men å ha det teoretiske rammeverket som et bakteppe for det jeg leste. Dette gjorde jeg for å ha et åpent møte med materialet. Etter å ha lest gjennom lyste seks temaer frem. Deretter leste jeg teksten på nytt, da skrev jeg ned stikkord underveis. De seks foreløpige temaene satte jeg inn i en tabell. Til sist skrev jeg et kort sammendrag som oppsummerte mine hovedinntrykk av materialet. Deretter forsøkte jeg å se om de to intervjuene hadde felles temaer.

4.6.2 Meningsdannende enheter

I trinn to leste jeg den transkriberte teksten på nytt, mens jeg leste markerte jeg med fargekoder direkte i teksten. Jeg hadde et dokument vedsiden av hvor jeg gjorde meg notater, tanker og refleksjoner, parallelt med at jeg kategoriserte dataene i den transkriberte teksten. I tillegg til disse to dokumentene, hadde jeg problemstillingen og forskningsspørsmålene fremfor meg. De markerte tekstbitene var det jeg tolket som de meningsbærende enhetene i materialet. Underveis i analyseprosessen valgte jeg å gå tilbake til dette trinnet, å gi informantene fargekoder, og de meningsbærende enhetene lik farge tilhørende informantens tekstbiten kom fra. Dette opplevde jeg som nyttig når jeg senere skulle finne frem til hvem informant som hadde sagt hva etter at jeg hadde samlet sammen sitatene i ulike koder og temaer. Temaet for sitatene merkes med en «kode», som igjen skal samles sammen med andre koder som har noe til felles (Malterud, 2018, s. 101). Til sist i denne delen av prosessen laget jeg en beskrivelse til kategoriene jeg hadde fått ut av materialet. I beskrivelsen skrev jeg ned hva som var likheter og hva som var ulikheter i kodene og temaene. Jeg syntes denne delen av analysen var vanskelig og hentet derfor inspirasjon fra Kvale og Brinksmann's kapittel om intervjuanalyser og mening, tematisk kvalitativ analyse. Her plasseres den transkriberte teksten i kolonne 1, i kolonne 2 laget jeg en meningsfortetning, dette er et utdrag fra den transkriberte teksten, som jeg opplevde ga et fortettet uttrykk. I kolonne 3 ble meningsfortetningen beskrevet, altså meningen; de meningsbærende enheten ble identifisert. I kolonne 4 er kodene som ble laget ut ifra de meningsbærende enhetene (figur 1).

Jeg forsøkte å være lojal mot de opprinnelige meningene og utsagnene til informantene i studien. Derfor har jeg lest den transkriberte teksten og lyttet til lydopptaket mange ganger. Ved å gjøre dette har jeg forsøkt å se på ulike variasjoner for temaer i det materialet jeg hadde tilgjengelig. Dette gjorde jeg for å ikke trekke forhastede konklusjoner ut ifra datamaterialet. Jeg ble også oppmerksom på at noen av informantene var mindre deltagende enn andre. Men da jeg gikk tilbake til den transkriberte teksten, la jeg flere ganger merke til at disse informantene hadde bekreftet andre informanternes utsagn med «mm» og «ja, slik opplever vi det også».

4.6.3 Abstrahert meningsinnhold

I tredje trinn av analyseprosessen ble kodene kondensert. I dette trinnet skal man systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Koder som omhandler det samme, koblet jeg sammen under tre overordnede hovedkategorier, dette kaller Malterud abstrahert meningsinnhold (Malterud, 2018, s. 105-107).

Tabell Ieksemplifiserer trinn 2 og 3 i analyseprosessen:

Transkribert tekst	Menings-fortetning	Meningsbærende enheter	Kode	Hovedkategori/abstrahert meningsinnhold
<i>Det som ofte er en utfordring er jo dette her med kommunikasjon i forhold til medisiner som skal bli med.. eller følge pasienten hjem.. Det er ofte.. Det ser man avvik på da. Synes jeg hvert fall, det er min erfaring. Og så er det jo hjelpemidler. Kommunikasjon om hvilke hjelpemidler som skal følge, og eh, sånne ting. Men jeg synes ofte de er flinke til å ta</i>	Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleiere når pasienten skal fra helsehuset og hjem	Måten sykepleierne kommuniserer på	Ulike funksjoner og logikker i kommunikasjon	Kommunikasjonsutfordringer

<p>telefonkontakt.. Det synes jeg» FGI1</p> <p>«Vi skriver jo ned hva vi tenker er viktig å følge opp, og når det da glipper og pasientene kommer tilbake etter et døgn fordi det ikke funket hjemme, da.. ja, nei, og så har dere ikke lest overflytningsnotatet. . Det er fryktelig trist. Det er jo pasientene som betaler kostnaden på dette her.» FGI2</p>				
<p>«De overtar jo alt av medisiner! Sånn at pasienter som vanligvis styrer medisinene sine selv.. legger seg helt bakpå igjen da og så trenger de mer hjelp når de kommer hjem. Når du har en diabetiker som har satt insulin selv hele</p>	<p>Pasientene får ikke lov til å ivareta egen helse i like stor grad på helsehuset som hjemme</p>	<p>Pasienten fratras oppgaver på helsehuset som de mestrer hjemme</p>	<p>Ulike tilnærminger til pasientene vanskeliggjør samarbeidet på tvers</p>	<p>Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene</p>

<p><i>livet og målt blodsukker selv hele livet, og så plutselig så får du ikke lov til å gjøre det når du er på institusjon..» FGI1</i></p>				
<p><i>Vi er heldige her på helsehuset; vi har lege hver dag, vi har god legedekning og vi er jo mange sykepleiere, vi kan spille på hverandre.. Og det er jo.. Man blir jo sikkert litt alene i hjemmesykepleien.. (..) men sykepleiere fra de «gode distriktene», de ringer hvis det er noe de lurer på» FGI2 «(..) de sier de skal sende med medisiner og så sende de ikke med medisiner (..) vi sitter igjen med det som må ordnes opp i.. (..)og så må det ordnes opp i innenfor bestemte tider og</i></p>	<p>Vi har god lege- og sykepleierdekning på helsehuset og samarbeider.</p> <p>I hjemmesykepleien er man veldig alene. Må forholde seg til tider for å kunne samarbeide.</p>	<p>Forskjeller i muligheter til samarbeid innad i helsehus og hjemmesykepleie.</p>	<p>Samarbeidet mellom sykepleierne påvirkes av konteksten.</p>	<p>Kontekst og rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientovergangene</p>

<p><i>klokkesletter ikke sant. Du må samarbeide med fastlegen og med apoteket og ting stenger jo (..)» FGI1</i></p>				
---	--	--	--	--

Gjennom trinn 1, 2 og 3 i analyseprosessen ble 7 koder identifisert. De 7 kodene ble deretter koblet sammen til tre hovedkategorier. Etter å ha jobbet videre med oppgaven, gikk jeg tilbake igjen og koblet disse sammen på nytt, og endte etter mye jobbing frem og tilbake i analyseprosessen opp med tre hovedkategorier.

De tre hovedkategoriene for det videre arbeidet ble:

- 1) Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene
- 2) Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene
- 3) Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientoverganger

Tabell 2 viser de 11 kodene og de tre hovedkategoriene de ble tilknyttet:

Koder	Hovedkategori
<ul style="list-style-type: none"> - Forskjellige rutiner mellom helsehuset og hjemmesykepleien vedrørende kommunikasjon i pasientovergangen 	<p>Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene</p>
<ul style="list-style-type: none"> - «Bestillinger» fra hjemmesykepleien, utenfor det sykepleierne på helsehuset anser som deres funksjonsområde - Ulike tilnærminger til pasientens funksjonsnivå 	

<ul style="list-style-type: none"> - Manglende kjennskap om og forståelse for sykepleierkollegaers arbeidssituasjoner og roller på tvers av sektorene påvirker samarbeidet i pasientovergangene - Barrierer for å ta imot råd fra sykepleierkollegaer på tvers av sektorene i forbindelse med pasientoverganger 	<p>Uavklarte roller, forventninger og tilnæringer til hverandre i pasientovergangene</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ulik forståelse av tilbudet i helse- og omsorgstjenestene i kommunen - Distriktsavhengig 	<p>Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientovergangene</p>

4.6.4 Syntese

Fjerde trinn i analyseprosessen handler om å skrive ut resultatene der hovedkategoriene presenteres. Alle kodene innenfor hovedkategoriene beskrives og deltageres sitater brukes for å underbygge beskrivelsene i hovedkategoriene (Malterud, 2018, s. 108-111).

Helt til sist i denne delen av analysen gikk jeg også tilbake til det transkriberte materialet for å forsikre meg om at utsagn hadde blitt skrevet i korrekt fremstilling. Den analytiske teksten representerer funnene i studien og blir presentert i kapitel 5.

4.7 Vurdering av studiens begrensninger og styrker

«Hvordan vurdere vi kvaliteten på kvalitativ forskning?» (Thagaard, 2018, s. 181). For å vurdere kvaliteten må oppmerksomheten rettes mot studiens troverdighet, som betyr å «vurdere hvordan deltagerne og andre forskere kan vurdere fremgangsmåten i prosjektet og de resultatene vi kom frem til» (Thagaard, 2018, s. 181).

Studiens troverdighet

Jeg har forsøkt å presentere funnene mine på en slik måte at leseren selv kan ha rom for alternative tolkninger. Slike rom for alternative tolkninger kan være med på å øke studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2003). Videre har jeg under hele arbeidet med analysen forsøkt å vise mine egne tolkninger ut ifra sammenheng og kontekst (Graneheim & Lundman, 2003). Til sist har jeg gjennom store deler av prosessen diskutert med veileder.

Transkripsjonene er delt med veileder, og vi har også sammen diskutert og kommet frem til tolkningene. Funnene har i tillegg vært presentert og diskutert med medstudenter i seminardager, hvor også faglærere deltok og kom med innspill til analyseprosessen. Jeg har gjennom hele prosessen arbeidet med min egen forforståelse, som beskrevet tidligere i kapitlet. To svakheter ved denne studien er at den har inkludert få sykepleiere, og at sykepleierne på helsehuset ikke alle arbeidet ved en korttidsavdeling. Dette handlet både om oppgavens omfang, tidsperspektivet, men også at det var krevende å rekruttere sykepleiere som kunne delta. Den andre svakheten var at jeg sannsynligvis ville hatt anledning til å generere svarene på en bedre måte dersom data hadde vært hentet inn fra flere ulike soner, avdelinger og ikke minst kommuner. På den måten kunne jeg undersøkt likheter og ulikheter, fått et større spenn av erfaringer, og dermed fått et bredere utvalg av erfaringer fra sykepleiere. Et utvalg av skal være stort nok til å kunne generere rik informasjon om fenomenet som studeres. Utvalget skal forbedre funnenes generaliserbarhet (Curtis & Washburn, 2000). Av dette forstår jeg at et lite utvalg sykepleiere, ikke veier like tungt som et stort utvalg. Det har allikevel vært viktig for meg å være bevisst på og ha et reflektert forhold til, at i et lite utvalg som jeg har undersøkt, er alle funn som omhandler problemstillingen like viktige. I analysearbeidet var det sentralt å være bevisst på at alle sykepleiernes bidrag var «like sanne». Når en sykepleier hadde en erfaring var den like viktig, som når tre sykepleiere hadde en annen erfaring.

Det stilles krav om at forskeren har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre studien på en god måte (Curtis & Washburn, 2000). Eksempler på dette er om jeg innehar god nok kompetanse når det gjelder språk- og kommunikasjonsevner, samt evner til å forholde meg til erfaringene som informantene delte. Gjennom veiledning føler jeg selv at disse momentene er ivaretatt.

Det første spørsmålet jeg stilte i de to intervjuene var «hvilke erfaringer har dere når det gjelder samarbeid med sykepleiere som arbeider på helsehuset/i hjemmesykepleien, når det gjelder eldre pasienter og korttidsopphold?». Dette spørsmålet var upresist, og sykepleierne i begge intervjuene lurte på hva jeg mente med spørsmålet. Spørsmålet kan ha bidratt til at intervjuene fløt ut til å gjelde pasientoverganger begge veier, fremfor å rette seg mot pasienter som skulle på planlagte korttidsopphold, som jeg i utgangspunktet ønsket å undersøke. I tillegg brukte jeg ikke ordet «pasientovergang» i spørsmålet mitt. Dette kan ha bidratt til at jeg fikk mye generell data på samarbeid, som ikke knytter seg direkte til pasientoverganger innad i kommunen. Sykepleierne på helsehuset snakket om ulike rammer på helsehuset og i hjemmesykepleien. I etterkant av intervjuene, under arbeidet med analysen ser jeg at dette spørsmålet burde vært løftet mer frem. Jeg sitter igjen med tynne og overfladiske data å arbeide videre med.

Med bakgrunn som sykepleier i hjemmesykepleien kjente jeg meg godt igjen i refleksjonene som kom frem under fokusgruppeintervjuene med sykepleierne fra hjemmesykepleien. Når man forsker på sitt eget fagfelt, kan lesningen av den transkriberte intervjuteksten få frem nye sider av kjente fenomener. Og også belyse andre kontekster for betraktninger av intervjutemaene. Det er viktig å være bevisst på at dette også kan føre til ensidige fortolkninger, hvor man overser informasjon som er viktig for funnene. Jeg har for eksempel vært opptatt av å finne ut om sykepleierne jeg intervjuet hadde de samme erfaringene som meg i sin arbeidshverdag. Å løfte frem det som faktisk fremmer et godt samarbeid og ikke bare det som er til hinder eller en barriere for samarbeid, er med på å se ulike deler av helheten, og også en større betydning av det som blir sagt i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 268).

5 Studiens funn

I dette kapitlet presenteres studiens hovedfunn om hvilke erfaringer sykepleiere i kommunehelsetjenesten beskriver, knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehuset. Delkapitlene representerer de tre hovedkategoriene som fremkom under analysearbeidet. Det er viktig å bemerke at sykepleierne snakket mer om det som hemmet, enn det som fremmet samarbeid i pasientoverganger. Derfor bærer studiens funn størst preg av hva sykepleierne i kommunehelsetjenesten opplever som hemmende for et godt samarbeid.

5.1 Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene

Funnene indikerer at sykepleiere opplevde manglende og utilstrekkelig informasjonsoverføring i pasientovergangene. De syv sykepleierne som deltok i denne studien, opplevde manglende og ufullstendig informasjonsoverføring og stor grad av tilfeldighet i muntlig og skriftlig kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og helsehuset. Sykepleierne på helsehuset opplever i stor grad at hjemmesykepleien ikke leser den dokumentasjonen de skriver. Mens sykepleierne i hjemmesykepleien som oftest overfører informasjonen muntlig til helsehuset. De opplevde summen av de ulike utfordringene, som så tyngende at de ble en utfordring for et godt samarbeid i pasientovergangene. I kommunen hvor data ble innhentet, benyttet sykepleierne seg av felles journalsystem, slik at all registrert informasjon om pasientene til enhver tid var tilgjengelig for sykepleierne i begge avdelingene.

5.1.1 Forskjellige rutiner mellom helsehuset og hjemmesykepleien vedrørende kommunikasjon i pasientovergangen

Sykepleierne på helsehuset forteller at de alltid ved innkomst sender en mail til den aktuelle sonen som pasienten tilhører. Her etterspør de pasientens habituelle tilstand, mål for oppholdet, hvilke tiltak som skal til før pasienten kan tenkes hjem, samt spørsmål om behov for hjelpemidler. Spørsmålet om behov for hjelpemidler er tilføyd, for at man ikke siste dag av oppholdet skal kunne få tilbakemeldinger på at på grunn av høye dørterskler hjemme, kan ikke pasienten sendes hjem slik som avtalt. Som en rutine ved helsehuset starter de på en

sammenfatning og et overføringsnotat til hjemmesykepleien, allerede den dagen pasienten kommer til avdelingen. Utgangspunktet for denne skriveprosessen er både å ta pasienten aktivt med å lage egne mål for korttidsoppholdet og seg selv. Videre gjøres dette for å starte god planlegging av hjemreise, og ikke minst gjøre overgangen fra helsehuset og hjemmet så god som mulig. Sykepleierne på helsehuset vektla dokumentasjon, men erfarte ofte at dokumentasjonen de skrev i journalsystemet, ikke ble lest:

«Jeg opplever veldig mange ganger at hjemmesykepleien ikke har lest overflytningsnotatet og så ringer de allikevel å spør om... veldig mange ting, og det er jo litt sånn.. frustrerende (..). Det er jo der du skriver ned ting som skal følges opp eller andre ting som er viktige, endringer for eksempel.. og når det da glipper og pasienten kommer tilbake etter et døgn fordi det ikke funket hjemme.. ja, nei og så har de ikke engang lest overflytningsnotatet? Det er fryktelig trist.. det er jo pasientene som betaler kostnaden på det her». (FG12).

Sykepleierne på helsehuset opplevde at manglende og ufullstendig kommunikasjon med hjemmesykepleien kunne føre til negative konsekvenser for pasienten, som for eksempel å få medisiner til feil tid etter hjemkomst og reinnleggelser til helsehuset innen kort tid. Den manglende kommunikasjonen bestod i at dokumentasjon som sykepleierne på helsehuset hadde skrevet om endringer og spesielle observasjoner som skulle gjøres hjemme, ikke ble lest og dermed ikke fulgt opp når pasientene kom hjem. Sykepleierne på helsehuset bruker følgende eksempel:

«det var skrevet et veldig godt overføringsnotat og det hadde vært mye kommunikasjon i forkant av hjemreise (..) pasienten hadde Parkinson og da.. det er vesentlig informasjon.. og da tenker jeg.. da burde hjemmesykepleien vite.. atte.. formen varier veldig i forhold til når man tar medisiner og hvordan de skal virke og sånn.. hvor saksbehandler og hjemmesykepleien var enige om at denne pasienten var skrevet ut for fort.. (..)pasienten kom ganske kjapt inn igjen (..) uten at de konferer med oss eller leste seg opp på hva som faktisk stod..» (FG12).

Sykepleieren på begge steder forteller at de ikke skriver overflytningsnotater for pasienter på rulleringsopphold, disse pasientene kjenner sykepleierne godt på begge steder og de anser det derfor ikke som nødvendig.

Sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde også at manglende og ufullstendig kommunikasjon hadde negative konsekvenser for pasienten, for eksempel at de ikke fikk planlegge og bestilt nødvendige hjelpemidler eller hentet ut medisiner før pasienten kom hjem. Dette opplevde sykepleierne som en belastning:

«Så står man kanskje der på kveldsvakt da ikke sant.. Så er apoteket stengt.. Vi har ikke et lager som vi bare kan hente ut medisiner fra, i tillegg må vi samarbeide med fastlegen om å få resepter». (FG11).

Sykepleierne i hjemmesykepleien leser ikke alltid dokumentasjonen de får fra helsehuset, men de følger med i journalen til pasientene mens de er inne på korttidsopphold. Når pasientene skal på korttidsopphold på helsehuset er det en sykepleier fra hjemmesykepleien som ringer avdelingen pasienten skal til og gir beskjed om når hxn kommer. De gir beskjed på telefon dersom det er noe spesielt, en muntlig rapport. Når pasientene skal fra hjemmet til helsehuset skrives det en søknad til helsehuset, som inneholder mål for oppholdet. Det er litt tilfeldig hvem av sykepleierne i hjemmesykepleien som skriver søknaden, men de forsøker at det er en sykepleier som kjenner pasienten godt.

5.2 Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene

Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger i pasientovergangene, ser også ut til å utfordre samarbeidet.

5.2.1 «Bestillinger» fra hjemmesykepleien utenfor det sykepleierne på helsehuset anser som deres funksjonsområde

Sykepleierne fra helsehuset synes de ofte får «bestillinger» av ulik art, som å vurdere behov for videre omsorgsnivå, samtykkekompetanse, i tillegg til «å ta tak i hele livet til pasienten».

Sykepleierne bruker mye tid på å lete i dokumentasjonen, for å finne frem til problemstillingene hjemmesykepleien har meldt inn.

«Det er alltid en søknad, og det er mye leting for å finne hva som er hva.. hvis vi bare tar det som en forventning som er beskrevet hva vi skal gjøre, så er det kanskje litt vær voldsomt. Så vi må finne ut hva som egentlig er realistisk og hva som de egentlig er på utkikk etter.. Så det er vel egentlig en del arbeid med det». (FG12).

Sykepleieren som jobbet på den intermediære avdelingen, er vant til å samarbeide med både hjemmesykepleien og med sykehuset og trekker frem og belyser at ulikheten i «bestillingene» oppleves som store. Når pasientene kommer fra sykehuset er det en enkel og konkret problemstilling å forholde seg til, gjerne å ferdigbehandle en infeksjon. Mens fokuset fra hjemmesykepleien er mer helhetlig, illustrert ved følgende sitat:

«jeg opplever også dette som vanskelig, fordi pasienten kommer inn med smerteproblematikk, vi får.. eh.. vi behandler det, og da kan man ikke.. selv om hjemmesykepleien ønsker det, gå inn i samlivsproblemer som pasienten sliter med.. eller ta tak i hele livet til pasienten..». (FG12).

Sykepleierne i hjemmesykepleien beskriver ikke dette som «bestillinger» for oppholdet, men mer som en søknad der de skriver hva de tenker er målet med korttidsoppholdet og hva de ønsker at helsehuset skal vurdere.

5.2.2 Ulike tilnærminger til pasientens funksjonsnivå

Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at pasientene i ulik grad fallerte i funksjonsnivå, mens de var på helsehuset. De opplever det som både krevende og trist at pasienter kom tilbake fra et korttidsopphold og hadde behov for mye mer fra hjemmesykepleien for å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, sammenliknet med før oppholdet. De har ved flere anledninger gitt tilbakemeldinger til helsehuset om viktigheten av å ikke frata pasienten ferdigheter, og at pleierne ved helsehuset legger til rette for mest mulig selvstendighet under oppholdet. Tilbakemeldingene er gitt både skriftlig og muntlig, uten at de opplever endring:

«Vi driver gåtrenoing og vi gjør mye rart, og så blir de der inne satt i en rullestol og så blir de kjørt rundt hele tiden, til måltider og.. (..)Og det er blitt tatt opp, hvert fall fra

vår side, på vår sone, mot den gjeldende institusjonen. Ved flere anledninger, men dessverre uten gehør da. (...) og vi skriver det jo også i overføringen». (FGI1).

Ulik holdning til og anvendelse av hjelpemidler i arbeidshverdagen var et tema som særlig engasjerte sykepleierne i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien erfarer at det er høyt forbruk av hjelpemidler på helsehuset, sammenliknet med hjemme. For eksempel opplever de at stå-heis brukes under en lav sko. Hjemmesykepleien har stort fokus på å ha et rehabiliterende blikk, og at pasientene i størst mulig grad skal gjennomføre så mye som mulig selv. *«Det er trist, men de fallerer i funksjonsnivå når de er inne». (FGI1).*

Hjemmesykepleien opplevde også at pasientene meldes hjem med et høyere hjelpebehov fordi de er fratatt oppgaver, som for eksempel legemiddelhåndtering, mens de har vært på helsehuset:

«pasientene legger seg helt bakpå, og da trenger de jo mer hjelp når de kommer hjem igjen. Når du har en diabetiker som har satt insulin selv hele livet og målt blodsukker selv hele livet, og så plutselig får du ikke lov til å gjøre det når du er på institusjon». (FGI1).

Sykepleierne på helsehuset sier at noen pasienter har masse hjemmesykepleie, allikevel beveger de seg i en positiv loop når de er på helsehuset. De iverksetter tiltak og ser at pasienten fungerer helt fint, under de rammene man har på helsehuset.

5.2.3 Manglende kjennskap om og forståelse for sykepleierkollegaers arbeidssituasjoner og roller på tvers av sektorene påvirker samarbeidet i pasientoverganger

Arbeidshverdag og utfordringer knyttes til å ikke forstå hva man står i, innen hvert sitt arbeidssted engasjerte alle sykepleierne.

Sykepleierne på helsehuset forsto ikke hvorfor hjemmesykepleien venter med å ta opp problemstillinger i hjemmet, til pasientene er inne på et korttidsopphold. På helsehuset anser ikke sykepleierne som deres oppgave å gå inn i samtaler med pårørende om hva som ikke fungerer hjemme. Korttidsplassene er tiltenkt de som trenger det aller mest i kommunen og

helsehuset savner at hjemmesykepleien, pasienten og de pårørende forstår dette prinsippet. Sykepleierne sier de forstår at hjemmesykepleien har stor arbeidsbelastning og store utfordringer. Men de mener allikevel ikke at dette kan bedres ved å skyve oppgaver over på sykepleierne på helsehuset i forbindelse med et korttidsopphold. Sykepleierne på helsehuset sier også at ved å rullere mellom arbeidsstedene kunne man kanskje utvist større forståelse for hverandre.

Sykepleierne i hjemmesykepleien trekker frem at sykepleierne på helsehuset ikke har vært hjemme hos pasientene og derfor ikke forstår så godt hvilke utfordringer man kan stå i hjemme hos pasienten. Hjemmesykepleien savner at helsehuset kan se alle de utfordringene som er rundt pasientene når de er hjemme, men som elimineres bort på korttidsopphold. Pasientene har kanskje planløsninger som gjør det vanskelig å bruke hjelpemidler, som pasientene helt fint kan bruke når de er på helsehuset. Rutiner og oppgaver som man får mye erfaringer med å håndtere på et helsehus, er oppgaver som kan være nye for sykepleierne i hjemmesykepleien. Det kan føre til at de blir stående i krevende situasjoner, uten å på forhånd være klar over at det er behov for opplæring og håndtering av medisinskteknisk utstyr når pasienten kommer hjem etter et korttidsopphold.

5.2.4 Barriere for å ta imot råd fra sykepleierkollegaer på tvers av sektorene i forbindelse med pasientoverganger

Ifølge sykepleierne på helsehuset kan en del av det som gjøres rundt pasientene i institusjon, overføres til hjemmet. Men det er vanskelig å få til en god dialog på tvers om hva som fungerer for pasienten. I situasjoner hvor de ønsker å gi gode råd til kollegaer i hjemmesykepleien, når pasienten er klar for hjemreise, synes det vanskelig for sykepleierne i hjemmesykepleien å ta imot råd:

«jaja, vi vet alt det der, vi kjenner hxn godt. (..) Men det handler ikke alltid om å kjenne noen godt? Det handler om hva er det vi gjør, og på hvilken måte, som gjør at det funker så bra her, og som ikke fungerer hjemme?». «Det er dessverre ikke alltid så lett det der, faglige råd da, blir mottatt som kritikk». (FGI2).

Tekniske sykepleieprosedyrer kan bli etterspurt i noen tilfeller, men disse spørsmålene kommer helst fra de «gode distriktene».

5.3 Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientoverganger

5.3.1 Ulik forståelse av tilbudet i Helse- og omsorgstjenestene i kommunen

Sykepleierne på helsehuset opplever at det er stort press på korttidsplasser i kommunen. Korttidsopphold innvilges som oftest med inntil 14 dager, men kan utvides i spesielle tilfeller. Det søkes om korttidsopphold for 9/10 pasienter som mottar hjemmesykepleie og det er mange fler enn det helsehuset har plasser til. Internt blir sykepleierne bedt om å tenke at pasientene som kommer inn på korttidsopphold, skal ha så kort tid som mulig av de 14 dagene. Allerede ved innkomst til avdelingene på helsehuset, begynner sykepleierne å tenke at pasientene skal hjem. De tenker kortest mulig tid inne for å frigjøre plass til neste pasient. Det må i mye større grad enn tidligere gjøres en prioritering av pasientene som skal inn på helsehuset. Sykepleierne kan ikke jobbe med personsentrert sykepleie til pasientene, men bare det konkrete pasientene er inne for. Til tross for at hjemmesykepleien ber de vurdere ulike sider ved pasientens liv som kan være viktige for hverdagen når pasienten er hjemme.

Sykepleierne på helsehuset bruker mye av arbeidstiden sin på å forklare ansatte i hjemmesykepleien, pasienter og pårørende at selv om pasientene har fått et 14 dagers opphold, skal de være der kortest mulig tid av denne perioden. Mange pasienter og pårørende blir også lettet dersom pasienten kommer på et korttidsopphold etter en sykehusinnleggelse. De senker skuldrene og tenker at nå har de endelig fått en plass på helsehuset. Agendaen for oppholdet er ikke å snakke om, vurdere eller søke på langtidsplasser sykepleierne. De kan forstå at hjemmesykepleien i mange tilfeller stiller spørsmålstegn ved at pasientene skal hjem så raskt, men fordi det er rift om plassene, må de jobbe ut ifra de føringene som er lagt, til tross for at det ikke alltid er like gøy å stå i som sykepleier:

«Det er viktig å få frem at vi savner en felles forståelse av at.. at det er best mulig hjemme, lengst mulig, det er ikke sann at du bare kan rekke opp hånda å si du vil ha en langtidsplass. Sann at hele kommunen må prøve å få det til hjemme, så lenge som mulig, og at det er få plasser inne å ta av» (FGI2).

De oppsummerer med at alle må være med på å vise felles forståelse og være lojale med det som er bestemt, også ovenfor pasienter og pårørende. Sykepleierne på helsehuset gir uttrykk

for at de tidvis må gjøre seg upopulære hos pårørende fordi de opplever at hjemmesykepleien legger mye «skyld» over på helsehuset, i for eksempel beslutninger om tidlig hjemreise.

På helsehuset er det en annen organisering. Det er mye høyere lege- og sykepleierdekning enn det de har i hjemmesykepleien. Mens helsehuset har lege tilgjengelig hver dag, er hjemmesykepleien avhengig av å komme i dialog med pasientens fastlege. Sykepleierne på helsehuset påstår at det er varierende grad av kompetanse i hjemmesykepleien. De opplever at veldig mange nyutdannede sykepleiere, uten erfaring starter å jobbe i hjemmesykepleien, og at de unge, nyutdannede kan ha vanskeligheter med å si ifra om ting.

Sykepleierne i hjemmesykepleien sier ingenting om ulike rammebetingelser mellom dem og kollegaer på helsehuset. De er opptatt av å ha et rehabiliterende fokus, hvor de ser hele pasienten. De er også opptatt av å ivareta alle de grunnleggende behovene til pasientene. Sykepleierne i hjemmesykepleien kjenner ofte pasientene godt, fordi de ser pasientene over lengre tid.

5.3.2 Kontekster

Tidligere hadde man en del samarbeidsmøter, men nå er det svært sjeldent. Årsaken er todelt; man skal ha færrest mulig møter fordi det krever mye ressurser fra både helsehuset og hjemmesykepleien. Det andre er at problemstillingene som ofte drøftes omhandler konkrete hjemmesituasjoner, som sykepleierne på helsehuset ikke trenger å være med på. Det er kun i helt spesielle situasjoner, for eksempel i tilfeller hvor en pasient er tenkt hjem, men hjemmesykepleien ikke synes det er avklart godt nok at pasienten skal hjem. Men helsehuset allikevel må sende pasienten hjem for å frigjøre plass til neste pasient. I pasientsituasjoner med store endringer velger man også ofte å ha et samarbeidsmøte. På samarbeidsmøtene er det litt tilfeldig hvem som er med, det er de sykepleierne som er på vakt. Men man prøver å legge til rette for at en sykepleier fra hjemmesykepleien som er godt kjent med pasienten blir med. I tillegg deltar representanter fra hverdagsrehabiliteringsteamet.

Kommunen som helhet har jobbet mye med å implementere et verktøy som helsehuset, hjemmesykepleien og tjenestekontoret skal bruke. Ved bruk av IKOS-tavler ønsket kommunen at sektorene skulle ha mer likt fokus i arbeidshverdagen og pasientovergangene. Hensikten med bruk av IKOS tavle er å gi oversikt og støtte for pasientsikkerhet, gode pasientforløp, flyt og samhandling i overgangene, effektivitet og tjenesteforbedring. IKOS-tavle gir ansatte oversikt over pasienter, risikonivå og oppgaver som må prioriteres. Tavlene gir oversikt innad i avdelingen og på tvers av avdelinger.

Sykepleierne på helsehuset reflekterer rundt hvordan en IKOS-tavle kan bidra til at pasientene blir friskere eller har et bedre utbytte av oppholdet på helsehuset. De har ikke klart å se noen gevinster ved bruken. IKOS-tavlen gjør ikke pasientene friskere noe raskere, og pasientene får heller ikke bedre utbytte av oppholdet ved at sykepleierne forholder seg til en IKOS-tavle sier sykepleierne. Sykepleierne sier også at det ikke er det samme å jobbe i hjemmesykepleien og på helsehus og har derfor gått tilbake til det de beskriver som en forløpstavle, som inneholder navn på pasienten, målsetningene som settes for oppholdet, tiltakene som skal til for å nå målene, pasientens egne ønsker, bolig, hjelpemidler og avtaler. Forløpstavlen deles ikke med hjemmesykepleien, men benyttes kun som et informasjonsverktøy for sykepleierne på helsehuset.

Det å gi informasjon om pasientene på en god måte er viktig;

«det er noen ganger, når jeg tenker på at ansvaret vårt er stort, så er det nettopp på det jeg tenker; at vi gir informasjon som er avgjørende for noens, for folks liv videre, jeg tenker at det.. det er ikke noe å ta lett på..». (FG12).

På «Best-hjemme»- møter gjennomgår hjemmesykepleien alle pasienter som skal komme hjem fra helsehuset og skal ha hjemmesykepleie. På disse møtene har de et standardisert dokument med sjekkpunkter for hva de skal gjennomgå. De forholder seg som regel til dette dokumentet gjennom møtene. På møtene deltar sykepleiere, ledere, saksbehandlere og hverdagsrehabiliteringsteamet. Dokumentet benyttes kun under møtene, og er ikke tilgjengelig i pasientens journal. Dokumentet følger heller ikke pasientene til helsehuset. Det fremkommer ikke hvorfor dokumentet ikke gjøres tilgjengelig for de andre sykepleierne. Det

standardiserte dokumentet inneholder navn på pasienten og id, problemstilling, diagnose og utfordringer.

5.3.3 Distriktsavhengig

Sykepleierne på helsehuset trekker helt innledningsvis i intervjuet inn hvor godt man merker på samarbeidet hvilket distrikt pasientene kommer fra, illustrert med følgende sitat:

«Det er veldig distriktsavhengig, av hvor godt samarbeidet fungerer. (..) Noen distrikter får vi veldig gode rapporter og innleggelsesnotater.. og overføringsnotater fra, mens andre gjør vi ikke det». (FGI2).

Samarbeidet på tvers oppleves også som enklere med de avdelingene hvor man kjenner sykepleierne. En av sykepleierne beskriver det slik:

«jeg har jobba lenge i kommunen, så jeg synes vel kanskje at en del av samarbeidet er lettere med de avdelingene som jeg kjenner de jeg snakker med». (FGI2).

Helsehuset mener at tjenestekontoret i enkelte distrikt ofte hører på hjemmesykepleiens vurderinger, uten å lese vurderinger helsehuset har gjort. De opplever at hjemmesykepleien i noen distrikt kan ringe å si «pasienten kan aldri hjem noe mer», før pasienten har kommet til korttidsoppholdet. Tjenestekontoret støtter i mange tilfeller hjemmesykepleiens utsagt, også før pasienten har kommet til helsehuset.

Enkelte distrikt får til alt og ingenting er noe problem. En av sykepleierne sier:

«det er veldig sånn distriktsavhengig. For det er noen distrikt som får til alt og ingenting er noe problem, og som aldri sender småle henvisninger. (..) det er egentlig litt skremmende tenker jeg.. med at det er så stor forskjell.. kanskje man burde rullert litt?» (FGI2).

Sykepleierne på helsehuset oppsummerer at i de distriktene det fungerer bra, deler man er forståelse av «best hjemme- lengst mulig». Hele distriktet jobber sammen for å få det til hjemme, så lenge som mulig:

«sykepleierne der har en annen holdning, en annen innstilling!» «ja, faktisk, de har de samme ressursene, men de får det allikevel til» (FGI2).

I de gode distriktene ringer også sykepleierne helsehuset hvis det er noe de lurer på.

5.4 Oppsummering av funnene

Funnene indikerer at sykepleierne i stor grad opplever samarbeidet på tvers som utfordrende i pasientoverganger begge veier. Utfordringene ser ut til å dreie seg om kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene, uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene. Og at kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientovergangene.

«Ingen vil egentlig snakke om (...) sosiale aktiviteter tar bort brodden av det at vi faktisk skal samarbeide og har samarbeidsutfordringer».

6 Drøfting

De tre viktigste funnene i denne studien vil nå drøftes med bakgrunn i studiens teorigrunnlag. Problematikken sykepleierne løftet frem sees i sammenheng med studiens problemstilling, «*hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehuset?*».

6.1 Kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene

I dette avsnittet drøftes kommunikasjonsutfordringer i pasientovergangene. Forskjellige rutiner i forhold til kommunikasjon, manglende og utilstrekkelig informasjonsoverføring mellom helsehuset og hjemmet i pasientovergangene ser ut til å være en utfordring for et godt samarbeid mellom sykepleierne på helsehuset og i hjemmesykepleien. De syv sykepleierne opplevde at manglende og dårlig kommunikasjon kunne føre til negative konsekvenser for pasientene i pasientovergangene.

6.1.1 Forskjellige rutiner vedrørende kommunikasjon i pasientovergangen

Sykepleierne på helsehuset bruker mye tid på å skrive gode overflytningsnotater. Formålet med å lage et godt overflyttingsnotat til hjemmesykepleien er å sikre en god pasientovergang, ved skriftlig overføre informasjon om endringer, ting som skal følges opp og annen viktig informasjon som hjemmesykepleien skal være klar over. Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene et ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud som sikrer gode pasientoverganger. Gjennom blant annet dokumentasjon skal den ansatte i helse- og omsorgstjenesten sikre at nødvendige opplysninger er tilgjengelige for andre som skal samarbeide om pasienten (Sogstad & Sundlisæter, 2020). Pasientene skal være på helsehuset så kort tid som mulig og tenkes raskest mulig hjem. Kommunikasjon er et sårbart punkt i pasientovergangene, og manglende kommunikasjon kan true pasientsikkerheten. Raske pasientoverganger, hvor man ikke kommuniserer godt nok er også et kritisk punkt for pasientsikkerheten. I dette ligger for eksempel at viktig informasjon som endringer, viktige observasjoner som skal gjøres og spesielle ting som skal følges opp, ikke blir registrert, lest eller forstått riktig (Manser & Foster, 2011). Sykepleierne på helsehuset opplevde at

manglende og dårlig kommunikasjon med hjemmesykepleien, kunne føre til negative konsekvenser for pasientene, som for eksempel re-innleggelse etter kort tid. I disse tilfellene utsettes pasientene for enda en overgang. I en slik situasjon kan pasientene føle seg som «kasteballer» mellom tjenestenivåene (Birkeland & Flovik, 2011, s. 167).

Sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde også kommunikasjonen som utfordrende. De vedkjenner allikevel at de ikke alltid leser dokumentasjonen, fordi de kjenner pasienten godt fra tidligere. Sykepleiere og andre ansatte i kommunen har plikt til å dokumentere, og på den måten sikre at viktig informasjon om pasienten er nedfelt skriftlig, og også gjort tilgjengelig for andre som skal hjelpe pasienten (Pasientjournalloven, 2014). Det å «kjenne pasientene godt», fritar ikke sykepleiere fra å skrive eller lese journal. Det er en felles oppfatning av at man ikke behøver et tett samarbeid rundt pasienter som er på rulleringsopphold. Alle sykepleiere kjenner disse pasientene godt fra tidligere. Men hva skjer dersom det er foretatt endringer eller dersom det er skjedd noe spesielt med pasienten siden sist sykepleierne så pasienten? Dette er et moment som kan påvirke pasientsikkerheten og som kan være avgjørende i for eksempel en akutsituasjon. Når sykepleiere ikke kommuniserer godt nok sammen, blir det lett diskontinuitet i tjenestetilbudet og forsinkelser (Kvilhaugsvik & Huseby, 2017). Når sykepleierne i hjemmesykepleien ikke leser overflytningsnotatet, kan de for eksempel risikere å ikke fange opp legemiddelendringer, og resultatet blir at pasienten ikke får legemiddelet eller får det til forskjøvet tid. Dette kan få negative og i verste fall alvorlige konsekvenser for pasientene. Dette er ikke trygg sykepleiepraksis i møte med pasientene. Sykepleieren har i følge yrkes etiske retningslinjer, blant annet ansvar for å gi pasientene faglig forsvarlig hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019). «Trygge helsetjenester» bør sikre at pasienten ikke påføres skade (Aase, 2010, s. 129-130). Å ikke lese tilgjengelig dokumentasjon for å sikre seg informasjon om for eksempel legemiddelendringer er både i strid med yrkesetiske retningslinjer og anbefalingene om «trygge helsetjenester».

Internt i hjemmesykepleien er det viktig med et godt og velfungerende dokumentasjonssystem, hvor man enkelt og raskt kan finne frem til hvordan pleie og omsorg den enkelte pasient til enhver tid mottar (Birkeland & Flovik, 2011, s. 168). Men dersom det etter et korttidsopphold er endringer i pleie- og hjelpebehovet til en pasient, uten at dokumentasjonen om endringene leses av hjemmesykepleien, kan en konsekvens for

pasienten i pasientovergangen bli helsehjelp av dårlig kvalitet. Videre kan konsekvensene bli liten følelse av helhet og forutsigbarhet for pasientene etter en pasientovergang. Det interne samarbeidet, kan i verste fall true samarbeidet på tvers av nivåene, rundt pasientene. Dette som en direkte konsekvens av manglende muntlig og/eller skriftlig dokumentasjon med informasjon om endring (Birkeland & Flovik, 2011, s. 168). Kommunikasjon løftes frem som et sårbart punkt i organisatoriske grensesnitt. Forberedelsesfasen inn mot et planlagt samarbeid utgjør en viktig del for en god pasientovergang innad i et system, som samarbeider om den samme pasienten (Manser & Foster, 2011). Gjennom å skrive gode overføringsnotater bidrar sykepleierne på helsehuset til å bedre pasientovergangen fra helsehuset til hjemmet. Sykepleierne i hjemmesykepleien som ofte kjenner pasientene godt over tid, vil også kunne overføre mye kunnskap og informasjon om pasientene i en pasientovergang ved å skrive et overføringsnotat. Allikevel skriver ikke hjemmesykepleien overføringsnotater på alle pasientene som skal på korttidsopphold.

Sykepleierne i hjemmesykepleien forteller at de ofte ringer avdelingen pasienten skal til for å gi informasjon. Muntlig kommunikasjon kan påvirkes av mange miljømessige faktorer, for eksempel arbeidsmengde og støy. Muntlig kommunikasjon er ofte ufullstendig og den som overtar ansvaret for pasienten har ikke noe konkret å gå tilbake til når overgangen er gjennomført og man er i klinikken med pasienten (Manser & Foster, 2011). En annen faktor som kan spille inn i muntlig kommunikasjon er hvordan den andre parten tolker det som blir sagt. Ord er sjeldent entydige og hvordan man tolker det som blir sagt er sentralt for hvordan den videre kommunikasjonen blir (Eide & Eide, 2008, s. 12). Når muntlig og skriftlig informasjon mangler, kan det føre til at sykepleieren i motsatt side av pasientovergangen har ufullstendig oversikt over pasienten og dermed mangler tilgjengelige opplysninger om pasienten, enda pasientjournalloven peker på den enkeltes sykepleiers plikt til å føre journal (Pasientjournalloven, 2014).

For å overføre informasjon mellom nivåene i kommunehelsetjenesten bruker helsehuset overføringsnotater, og hjemmesykepleien bruker det inimellom. Ved å jobbe mer med en felles forståelse og ha felles fokus i kommunikasjonen mellom helsehuset og hjemmesykepleien kunne man kanskje fått til et bedre samarbeid rundt pasientene, med bedre utbytte av hverandres kunnskap. Med dette mener jeg, at med helt konkrete

overflytningsnotater fra hjemmesykepleien, kunne helsehuset brukt mindre tid på å lete i dokumentasjonen, og hatt mer tid til å fokusere på flere tiltak som kan være av betydning for pasientens hverdag hjemme. Dette argumentet kan også forankres med teori. Pasientens journal skal bidra til pasientsikkerhet ved å sikre tilgang på informasjon om pleie og behandling, og ivareta kontinuitet. På den måten har helsepersonell til enhver tid mulighet til å holde seg oppdatert og handle deretter. I dette ligger at helsepersonellet som for tiden er ansvarlige for pasienten, lett har tilgang på tilgjengelige opplysninger (Ranhoff & Ånstad, 2007, s. 179).

En studie fra 2020 finner at det gjøres et omfattende informasjonsarbeid knyttet til pasientoverføringer mellom kommunale tjenestetilbud. Kombinasjonen av muntlig og skriftlig kommunikasjon står sentralt for å sikre felles forståelse og for å sikre god informasjon mellom tjenestestedene som samarbeider om pasientene (Sogstad & Sundlisæter, 2020). Sykepleierne som deltok i denne studien, sier imidlertid at det ofte var manglende og ufullstendig kommunikasjon mellom dem. Resultatet var unødvendig merarbeid for sykepleierne i hjemmesykepleien og unødvendige belastninger for pasientene etter pasientovergangene. For eksempel i form av at de manglet legemidler som pasienten hadde startet på under et opphold på helsehuset. I verste fall, måtte pasientene re-innlegges helsehuset. Dette anser sykepleierne på helsehuset som en direkte konsekvens av at hjemmesykepleien ikke leser tilgjengelig informasjon i overføringsnotatet, som helsehuset hadde brukt mye tid på å skrive. I overføringsnotatet skriver de ned endringer eller spesielle ting som skal følges opp når pasientene kommer hjem. Dokumentasjon skal sikre god kvalitet og kontinuitet i sykepleien som utøves ovenfor pasientene. Det er også et verktøy som brukes for å overføre kunnskap (Fermann & Næss, 2008, s. 206).

På helsehuset benytter man seg av forløpstavler hvor informasjon om navn, målsetninger for oppholdet, tiltakene som skal til for å nå målene, pasientens egne ønsker, bolig, behov for hjelpemidler og eventuelle avtaler fremkommer. Hjemmesykepleien benytter et standardisert dokument med navn, problemstilling, diagnose og utfordringer under sine «best hjemme»-møter, som er den arenaen hvor de snakker om pasienter i fellesskap. Dokumentet er ikke et tilgjengelig verktøy utenom disse møtene. For å nå målet om en effektiv og god pasientovergang er kommunikasjon mellom sykepleierne helt sentral. Dette er et klassisk

eksempel på bruk av flere dokumentasjonssystemer, som ofte benyttes internt i avdelinger (Fermann & Næss, 2008, s. 206). Gjennom en felles struktur for kommunen, kunne man ha samlet informasjon og gjort denne tilgjengelige for alle som samarbeidet om pasientene i pasientovergangene. Sykepleierne på helsehuset forteller at kommunen som helhet ønsket å implementere IKOS-tavler som helsehus, hjemmesykepleien og tjenestekontoret skulle benytte seg av. Men helsehuset så ikke hvordan bruk av IKOS-tavle kunne gjøre pasientene friskere eller bedre samarbeidet i pasientovergangene, og valgte derfor å gå bort fra å anvende denne. Hjemmesykepleien benytter seg av et standardisert dokument på sine «best-hjemme»-møter, fremfor bruk av IKOS-tavle. Det kan se ut til at dette er gjort uten å evaluere prosessen, og uten at ledere eller andre er involvert eller har tatt ansvar for hvordan man da skal sikre at nødvendig informasjon overføres. Et av formålene med IKOS-tavle er å gi oversikt innad i en avdeling, men også på tvers av avdelinger.

Samarbeid krever mye, både i form av planlegging, tid, iverksetting og oppfølging av tiltak knyttet til det igangsatte samarbeidet. Dersom samarbeidet ikke settes i system, kan en lett falle tilbake i en flerfaglig arbeidsmetode. Gode rutiner er derfor avgjørende for å lykkes med samarbeid (Næss. G. & Helbostad, 2012, s. 76). For at et samarbeid innad i en virksomhet skal fungere og gi gode resultater, må man gjøre en innsats for å implementere samarbeid på nye områder. Selv om man har lovfestet krav om koordinering av tjenester og samarbeid mellom ulike nivåer av tjenesten, rapporteres det om manglende koordinering og samarbeid i en del publikasjoner (Willumsen et al., 2016, s. 18) . Det å se effektene av IKOS-tavle er et moment som kan trekkes inn som et hjelpemiddel til å sette samarbeid i system. Men når helsehuset ikke så noen gevinst kuttet de ut bruken av IKOS-tavlene. På den måten kan de ha vært med på å falle tilbake i en flerfaglig arbeidsprosess. Sykepleierne på helsehuset forteller at de bruker mye tid på å lete i dokumentasjonen, da den ikke er satt i system. I stedetfor bruker de mye tid på overflytningsnotater, som ikke alltid blir lest. Hjemmesykepleien erkjenner at de skal skrive overføringsnotater, men at dette ikke alltid gjøres. Hjemmesykepleien benyttet heller ikke IKOS-tavlene og dette kan være et hinder for å fremme samarbeidet i pasientovergangene.

6.2 Uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene

I dette avsnittet drøftes resultatene som kan knyttes opp mot det andre hovedfunnet, uavklarte roller, forventninger og tilnærminger til hverandre i pasientovergangene. For å gjøre det mest mulig oversiktlig er det oppdelt i underkapitler.

6.2.1 «Bestillinger fra hjemmesykepleien utenfor det sykepleierne på helsehuset anser som deres funksjonsområde

Når en pasient skal inn på helsehuset sendes det en utfyllende søknad med mål for oppholdet fra hjemmesykepleien. Søknaden skal inneholde en god faglig vurdering. Sykepleierne på helsehuset opplever ikke dette som mål, men en «bestilling» over ulike deler ved pasientens liv som skal tas tak i. Sykepleierne i hjemmesykepleien jobber med å ha et rehabiliterende blikk og å tenke helhetlig. Sykepleierne på helsehuset er mer opptatt av å jobbe mot konkrete tiltak for at pasienten kan fungere hjemme. Med utgangspunkt i transition teori skal man jobbe helsefremmende. Av dette forstår jeg at man som sykepleier skal jobbe helhetlig og tenke på hele mennesket, med grunnleggende behov. Det teoretiske rammeverket for transition teori i sykepleie, tydeliggjør kompleksiteten i overgangsprosessene, som igjen tydeliggjør behovet for en kontinuerlig og helhetlig sykepleie. Sykepleiere som arbeider innen geriatrien oppfordres til å anvende, bearbeide og utvikle det teoretiske rammeverket for transition teori (Hvalvik, 2012, s. 12). Sykepleierne i hjemmesykepleien anvender transitions teori i sykepleie ved å tenke på hele mennesket med grunnleggende behov. Det at de i sin søknad beskriver mål for oppholdet, reflekterer to ting. Både at de viser evne til å tenke på hele mennesket med grunnleggende behov, med behov for kontinuitet og helhetlig sykepleie (Hvalvik, 2012). Det viser i tillegg at de ønsker å optimalisere pasientens tilstand og ikke bare yte «pleie» (Wyller, 2020, s. 40). Hjemmesykepleien kjenner ofte pasientene over tid og blir godt kjent med pasientene. Ved å kjenne pasienten godt over tid har man mulighet for å gi og vurdere individuelt tilpasset sykepleie (Fermann & Næss, 2008, s. 205).

Sykepleierne i hjemmesykepleien og på helsehuset ser ut til å ha lite avklarte roller i forhold til hverandre, ettersom helsehuset opplever det hjemmetjenesten kaller mål, som

«bestillinger». Uavklarte roller i et samarbeid kan lett føre til konflikter mellom partene i et samarbeid. Konflikten kan føre til at man ønsker å «kvitte seg med» oppgaver som en konsekvens av høyt arbeidspress. Dette kan være en logisk forklaring, ettersom sykepleierne på helsehuset internt blir bedt om å tenke raskest mulig hjem, for å frigjøre plass til neste pasient. Det kan kanskje tenkes at de ikke har tid og mulighet til å gå inn i helhetlig sykepleie, på samme måte som det hjemmesykepleien praktiserer og også ønsker for pasientene.

6.2.2 Ulike tilnærminger til pasientens funksjonsnivå

Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at pasientene i ulik grad faller i funksjonsnivå, mens de er på helsehuset. De opplever det som både krevende og trist at pasientene kommer tilbake fra korttidsopphold og har behov for mye mer hjemmesykepleie, sammenliknet med før oppholdet. Dette til tross for at et helsehus skal speile samhandlingsreformens visjon om et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. I korttidsavdelingene er det tenkt at personalet kan observere og utrede pasientene i større grad enn hva man kan hjemme. På helsehuset skal sykepleieren utøve aktiv medisinsk behandling til pasienter med komplekse sykdomstilstander. I tillegg skal de jobbe for helsefremmende pleie- og omsorgstilbud til eldre med redusert evne til å ivareta egne behov (Kirkevold, 2020, s. 266). I et helsefremmende perspektiv skal også sykepleierne møte hele mennesket, med grunnleggende behov. Gjennom transition teori i sykepleie skal sykepleieren i pasientovergangen legg til rette for og fremme den eldre pasientens egenomsorgsevne, uavhengighet og mobilitet i den grad det er mulig (Hvalvik, 2012, s. 11). Det er derfor en sentral oppgave for sykepleierne på helsehuset å legge til rette for opprettholdelse av pasientens egne ferdigheter og om mulig også styrke disse. Mange aspekter kan imidlertid være avgjørende for å møte dette behovet. Det er politisk vedtatt at pasientene skal tenkes hjem så rask som mulig. Kanskje sykepleierne på helsehuset opplever at det faglige idealet i noen grad hindres av det som er politisk bestemt. Dette til tross for nasjonale føringer om å øke kvaliteten på tjenestene ved å investere i tjenestene på primærnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s. 14-15).

Når det gjelder ulike tilnærminger til pasientene, er bruk av hjelpemidler en sentral problemstilling. Hjemmesykepleien opplever at enkelte hjelpemidler brukes under en lav sko på helsehuset eller at pasientene blir trillet i rullestol, fremfor å gå. Dette kan medføre at

pasientene fallerer i funksjonsnivå. Når man fallerer i funksjonsnivå, vil man bli mer skrøpelig. Økt grad av skrøpelighet vil gi økt disposisjon for problemer med å klare seg selv i dagliglivet. Det gir også en reel funksjonssvikt (Wyller, 2012), som igjen vil prege deres hverdag hjemme. En likeverdig praksis, med felles mål og forståelse for viktigheten av å ivareta pasientens funksjoner er god praksis i møte med pasienten, som igjen kan knyttes til faglig forsvarlig sykepleie. Faglig forsvarlig sykepleie setter standard for sykepleieres yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). En felles forståelse og mer lik praksis, hvor man jobber mot felles mål vil være en faktor som fremmer samarbeidet mellom sykepleierne på helsehuset og i hjemmesykepleien, men som ved innhenting av data, må ansees som en barriere for samarbeidet.

6.2.3 Manglende kjennskap om og forståelse for sykepleierkollegaers arbeidssituasjoner og roller på tvers av sektorene påvirker samarbeidet i pasientoverganger

Det å vise forståelse for hvilke utfordringer man står i hjemme hos pasientene reflekteres rundt fra hjemmesykepleiens side. De utfordringene som kan knyttes til at pasientene for eksempel må være funksjonelle nok til å gå inn på et bad brukes som et eksempel. Hjemmesykepleien må tenke på en annen måte enn når man er på helsehuset, hvor de har store bad, uten terskler og hindringer på veien. Det å kunne stelle seg på badet, fremfor i stuen, vet jeg fra egen erfaring, er viktig for mange pasienter. Man kan se på dette som et mål pasienten kan ha. I dette kan det ligge og utvise forståelse for pasientenes egne mål for eget liv- «hva er viktig for deg». Det å integrere denne arbeidsmåten er en kompleks, men viktig prosess fra sykepleiernes side. Mål pasienten setter for seg selv, må også bli tydelige for andre. Det er derfor sentralt at sykepleierne i hjemmesykepleien løfter dette frem og argumenterer godt for viktigheten av dette, ovenfor sykepleierne på helsehuset. Organisering ser ut til å være av stor betydning for hvordan helsepersonell forholder seg til pasienter og «hva er viktig for deg» i helsepersonellens møte med pasientene (Røsstad et al., 2015). Eldre mennesker som mottar hjemmesykepleie har alltid en sykdom eller et helseproblem. Når sykdom og helseproblemer utvikler seg oppstår det utfordringer knyttet til endringer i menneskets liv. Dette gjør pasienten sårbar og det stiller krav til sykepleieren for at pasienten

skal mestre den nye hverdagen, som følge av sykdom eller helseplager. Med utgangspunkt i transitions teori er et sentralt mål i møte med pasientene som befinner seg i en slik overgang, å hjelpe pasientene til å mestre endringen. Eldre mennesker opplever mange overganger som er relatert til behov for sykepleie, som et resultat av sviktende helse. Et viktig mål for sykepleien er å bidra til at eldre mestrer overgangene på best mulig måte (Hvalvik, 2012, s. 8). Det at sykepleierne viser forståelse for hverandre og jobber mot felles mål, vil muligens ha innvirkning på pasientens evne til å mestre overgangen til en endring i livet. Det å skulle veksle mellom hjemmet og helsehus er også en endring i pasientens liv, og erfaringer knyttet til manglende forståelse av sykepleiernes arbeidshverdag og utfordringer, på tvers av arbeidssted, kan derfor sees opp mot dette. Meleis sier at for å indikere om en overgangsprosess er helsefremmende eller ikke, skal blant annet pasienten oppleve selvstendighet. Dette kan trues av ulike forhold som er knyttet til en pasientovergang eller en overgang som følge av sykdom. I en overgang som er preget av å være helsebringende gjenvinner den eldre kontroll i livet; pasienten er i stand til å ta avgjørelser for eget liv og følge opp disse (Hvalvik, 2012, s. 12). Ser man tilbake på viktigheten av å komme seg inn på badet for å gjennomføre morgenstell, er utfordringene som sykepleierne i hjemmesykepleien løfter frem, helt relevante også i sitt samarbeid med sykepleierne på helsehuset. Dette fordi, dersom pasientene ikke opprettholder ferdigheter som for eksempel gangfunksjon og motorikk under et korttidsopphold, vil ikke hjemmesykepleien kunne møte pasientens behov for egne mål på en god og helsefremmende måte hjemme.

Sykepleierne fra helsehuset opplever at problemstillinger knyttet til utfordringer som sykepleierne i hjemmesykepleien står i hjemme hos pasientene, skal tas opp inne på helsehuset. De mener at utfordringer som knyttes til hjemmesituasjon skal tas opp hjemme, i samarbeid med andre som er rundt pasienten, det være seg fastlege eller pårørende. De sier de forstår at det er mange komplekse utfordringer hjemme, men forstår allikevel ikke hvorfor oppgaver skal skyves over på sykepleierne på helsehuset i forbindelse med et korttidsopphold. Et helsehus er et samlingssted for flere helsetjenester, hvor det tilbys et koordinert og helhetlig tjenestetilbud, som speiler samhandlingsreformens krav til rett behandling på rett sted og til rett tid. Samlokalisering på et helsehus er blant annet gjort for å skape et større fagmiljø (Raustøl, 2014). I hjemmesykepleien ofte står alene om å skulle vurdere ting. Et argument for at sykepleierne ønsker at andre skal vurdere ting mens

pasienten er på helsehuset, kan kanskje være at man ønsker en bredere faglig vurdering rundt enkelte problemstillinger i pasientenes liv. Andre argumenter kan være at man på grunn av tidsperspektivet, altså tiden man er sammen med pasienten i løpet av et besøk, gjør det vanskelig å vurdere. Videre kan det være at det oppleves vanskelig eller utfordrende å vurdere enkelte ting hjemme. For eksempel ernæringskartlegging. Selv om hjemmesykepleien smører og setter frem mat, vet man ikke om maten blir spist og man kan heller ikke alltid observere pasienten mens hxn spiser. Registrering av søvn, eller fallfare er andre områder som kan være vanskelig å vurdere hjemme; man ser pasienten enten i sengen, eller sittende i en stol og har i mange tilfeller, få naturlige situasjoner å vurdere slike ferdigheter ut ifra. Noen pasienter spiser bedre hjemme, sover bedre i egen seng og klarer seg generelt bedre hjemme.

Et annet eksempel hjemmesykepleien trekker frem er at de ikke alltid har like mye erfaring med håndtering av medisinsk-tekniskutstyr som det helsehuset har. Det å arbeide i hjemmesykepleien er en spesiell arbeids-arena. Sykepleierne skal mestre rollen hvor man både er «gjest» og profesjonell i sin faglige posisjon. Ingen hjem er likt utformet, slik som rom på helsehus ofte er. I hjemmesykepleien skal man vise respekt for pasienten som skal oppmuntres til å mestre eget liv i sitt eget hjem. Man er ofte svært alene i sin utøvelse av sykepleie hjemme hos pasientene (Birkeland & Flovik, 2011, s. 44). På et helsehus er det bedre sykepleierdekning og man har som regel kollegaer i umiddelbar nærhet, dersom man har fysiske utfordringer. På helsehuset har man ofte høyere krav til spesifiserte kompetansekrav (Wyller, 2012, s. 38). På et helsehus er det ofte mange rutiner og det kan være lettere å forholde seg til arbeidet som er godt regulert av rutiner. I hjemmesykepleien er det store variasjoner i arbeidssituasjoner, ettersom ingen hjem er like. Helsehuset sier at de forstår at det mange ganger kan være krevende for hjemmesykepleien og at de er innoen mange ulike hjem, men de reflekterer ikke rundt hvordan denne arbeidsformen er for sine kollegaer som jobber der.

6.2.4 Barrierer for å ta imot råd fra andre sykepleierkollegaer på tvers av sektorene i forbindelse med pasientoverganger

Sykepleierne på helsehuset mener at en del av det de gjør på helsehuset kan overføres til hjemmet. Men dette oppleves som vanskelig fordi de ikke får til en god dialog med hjemmesykepleien. De opplever at hjemmesykepleien tar det som kritikk eller går i forsvar. Helsehuset siterer at hjemmesykepleien kjenner pasientene godt, og vet hva som fungerer og ikke. Men sykepleierne på helsehuset mener de gjør ting på en annen måte, fordi det fungerer på helsehuset og ikke hjemme. Å reflektere rundt arbeidskontekst er viktig ved slike utsagn. Ulike problemstillinger kan arte seg ulikt under ulike situasjoner. Det å arbeide på et helsehus, hvor det er helt andre rammer enn hjemme, kan være med på å gi ulike bilder av den samme situasjonen. Det er også forskjell for en pasient å være hjemme i sitt trygge vante, og å være på et helsehus. Videre kan det også dreie seg om at sykepleierne kan ha ulike forventninger til hverandre. Dette kan være fordi rollene mellom dem er lite avklarte (Ødegård, 2016, s. 121).

6.3 Kontekst, rammebetingelser og relasjoner påvirker samarbeidet i pasientoverganger

6.3.1 Ulik forståelse av tilbudet i Helse- og omsorgstjenestene i kommunen

Når det gjelder ulik organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester er dette faktorer som kan ha innvirkning på tjenestene som gis. Økt kunnskap og forståelse om hvordan valg av omsorgstjenestemodeller utvikler seg og hvilke konsekvenser den valgte omsorgsmodellen har for tjenestemottakerne, påvirker kvaliteten på tjenestene (Sogstad et al., 2020).

Tverrfaglig samarbeid kan også se ut til å hemmes av valg av organiseringen hos enkelte kommuner; til tross for at kommunene pålegges et tverrfaglig samarbeid, legges det ikke til rette med møtesteder hvor faglige diskusjoner og kunnskapsoverføring kan finne sted (Moe & Hamran, 2014). I kommunen hvor data ble innhentet var det politisk vedtatt, at det skal satses stort på hjemmebasert omsorg. «Best hjemme- lengts mulig». Sykepleierne på helsehuset forteller at de opplever at ikke alle distriktene i hjemmesykepleien ser ut til å ha forståelse for denne bestemmelsen. De opplever å bruke mye av arbeidstiden på å forklare hjemmesykepleien, tjenestekontoret, pasienter og pårørende hvorfor de hele tiden tenker

raskt hjem. Det er få plasser å ta av og det er ikke helsehusets oppgave å vurdere hvilke pasienter som skal få disse plassene sier sykepleierne. En av årsakene til at man oppretter helsehus var for å forhindre sykehusinnleggelse (Raustøl, 2014). Hjemmesykepleie er fundamentet i Norges kommunale omsorgstjeneste, og så langt det er medisinsk forsvarlig skal all behandling foregå hjemme (Braut, 2020). Hjemmesykepleien stiller tidvis spørsmål ved at pasientene kommer tidlig hjem, eller opplever at noen pasienter ikke kan være hjemme noe mer. Helsehuset på sin side medgir også at det ikke alltid er like gøy å sende pasientene tidlig hjem.

Faglig forsvarlighet setter standard for sykepleiernes yrkesutøvelse. Sykepleiepraksis som tildeles skal være av god kvalitet. I dette ligger at både virksomhetens samlede tjenestetilbud, men også den enkeltes sykepleier handlinger skal være preget av sikre, rett prioriterte og trygge tjenestetilbud (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Men i de situasjonene hvor sykepleierne i hjemmesykepleien vurderer at en pasient ikke lenger kan være hjemme, men allikevel sendes hjem igjen etter kort tid, møter man kanskje ikke lenger kravet om faglig forsvarlig sykepleiepraksis. I slike situasjoner har man som sykepleier plikt til å melde fra om dilemmaet man står i (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er økende etterspørsel på omsorgstjenester og belastningen på personalet er stor. Profesjonelle som er inkludert i et samarbeid har ofte ulike forventninger til hverandre. Dette kan være fordi rollene er lite avklarte (Willumsen & Ødegård, 2016). Kan det tenkes at sykepleierne seg imellom ikke tydelig vet hvilke roller man har i de ulike nivåene? Uavklarte roller kan føre til konflikter mellom partene i et samarbeid. Konfliktene kan innebære at man forsøker å «kvitte seg med oppgaver» (Willumsen & Ødegård, 2016). Sykepleierne på helsehuset opplever at hjemmesykepleien involverer de pårørende og viser liten forståelse av det som er politisk bestemt, og er lojale mot dette. Kan dette være fordi sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at helsehuset ikke vil ta ansvaret? For istedenfor og melder fra om dilemma med manglende faglig forsvarlighet i pasientovergangene til ledelsen, «kvitter de seg med oppgaven» ved å sende pasienten hjem? Eller er det fordi hjemmesykepleien har andre relasjoner til pasienten og pårørende? Eller tolker hjemmesykepleien kommunens visjon annerledes? Når er «lengst mulig» nådd? Disse spørsmålene vil gi ulike svar avhengig av hvilke kontekster sykepleierne befinner seg i. De vil påvirkes av hjemmesituasjon, av distrikt, det fysiske miljøet hjemme hos pasienten, av kognitiv funksjon og pasientens egne ferdigheter.

Det er uansett viktig at man som sykepleier, melder fra om slike dilemmaer, på den måten fremstår man som tydelig og profesjonell. I tillegg signaliserer sykepleierne at man er en felles kommune med felles bestemmelser for utøvelse av helse- og omsorgstjenestene. Hvilket fremstår som en bedre løsning, enn hvor helsehuset i dagens praksis opplever at de må gjøre seg upopulære hos pårørende fordi hjemmesykepleien legger mye skyld over på helsehuset, i for eksempel beslutninger om tidlig hjemreise. Dette handler mer om politiske bestemmelser og føringer enn om sykepleierfaglige avgjørelser. 9/10 hjemmeboende søker om korttidsopphold, det er langt flere enn det kommunen har plasser til.

Kravet om samarbeid og tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis står sentralt i politiske styringsdokumenter, for eksempel «Leve hele livet». Samarbeid skal føre til tilgjengelige tjenester, som er individuelt tilpasset og koordinert. En helhetlig tilnærming vil være til det beste for pasientene i pasientovergangene. Allikevel er det slik at velferdstjenestene er blitt mer spesialisert, og det er et voksende behov for spisskompetanse og spesialfunksjoner, som igjen har ført til oppsplitting av virksomhetene. For å motvirke denne oppsplittingen legges det stor vekt på samarbeid rundt den enkelte pasient. Til tross for mye fokus på koordinering gjennom reformer, lovverk og forskning, er det ikke store endringer å se når det gjelder samarbeid i praksis (Willumsen, 2016, s. 47). På et helsehus er det et stort fagmiljø (Raustøl, 2014). Sykepleieren fra intermedieær avdeling forteller at de har medisinsk-tekniske prosedyrer godt innarbeidet i sin arbeidshverdag. På helsehuset hvor data ble innhentet, hadde alle sykepleierne spesialisert seg innenfor det typiske ved sin avdeling. Lindrende avdeling var opptatt av lindring og smerteproblematikk, i korttidsavdelingen var fokuset primært miljøarbeid. I hjemmesykepleien var de opptatt av rehabilitering og menneske som helhet, med grunnleggende behov. Helsehuset medgir at de ikke har fokus på hele mennesket, at dette er en oppgave for hjemmesykepleien. Kan det sees en parallell til sykehusene? Hvor de ulike avdelingene spesialiserer seg og tenker kun på for eksempel enkelte organer og organsystemer? Uten tid til å se dette i en større sammenheng? For i kommunene ser man jo etter hvert den samme tendensen. Økt spesialisering i kommunehelsetjenesten er avhengig av struktur for organisering, og er individuelle fra kommune til kommune. Spesialisering skjer både i hjemmesykepleien og på sykehjem, hvor demensavdelinger og lindrende avdelinger er de vanligste. Disse avdelingene ser ut til å ha høyere kompetanse hos sine ansatte. Dette kan påvirke kvaliteten på tjenestene i ulik grad

(Sogstad et al., 2020). Tverrfaglig samarbeid kan også se ut til å hemmes av valg av organiseringen hos enkelte kommuner; til tross for at kommunene pålegges et tverrfaglig samarbeid, legges det ikke til rette med møtesteder hvor faglige diskusjoner og kunnskapsoverføring kan finne sted. Kommunene har ofte knappe ressurser, og det er derfor viktig at de faglige ressursene utnyttes og at man samarbeider (Moe & Hamran, 2014).

Er ikke som sykepleiere lært opp til å se ulike deler ved pasientens liv i et større bilde? For å se slik spesialisering i lys av transition teori, hvor det er viktig i overgangsprosesser at man ser behovet for en helhetlig og kontinuerlig sykepleie, kan slike spesialiseringer innen kommunehelsetjenesten føre til at sykepleiere, som en konsekvens av å være effektive og på grunn av en valgt struktur, glemmer å tenke på hele menneske og igjen glemme å ivareta alle pasientens grunnleggende behov på en god og faglig måte.

Allerede ved innkomst på helsehuset begynner sykepleierne å tenke på hjemreise. Selv om pasientene får et 14 dagers opphold, skal de være der kortest mulig tid av denne perioden. Sykepleierne på helsehuset blir bedt om å raskest mulig sende pasientene hjem. Slik er det også i spesialisthelsetjenesten.

På helsehuset har de lege hver eneste dag, som er tilgjengelig for diskusjon, vurdering og igangsetting av behandling og andre tiltak. Hjemmesykepleien samarbeider med fastlegene, men dette må gjøres innenfor tidsrammer. En positiv faktor som trekkes frem, er at sykehjemslegen i stor grad involverer fastlegen ved innkomst og går i direkte dialog med fastlegen for å diskutere problemstillinger rundt pasientene. Slik kan man kanskje bedre det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene i pasientovergangene. Gjennom et tverrfaglig samarbeid tilstreber man å nå et felles mål, gjennom en helhetlig tilnærming, ved å samordne ulike typer kompetanse (Jakobsen, 2005, s. 156). Gjennom et slik samarbeid er kommunen som helhet med på å motvirke en oppsplitting av virksomhetene, som en følge av økt spesialisering. Dette er en faktor som videre kan knyttes opp mot og sees i sammenheng med ansvar. Ingen av sykepleierne snakker konkret om ansvar. I arbeidet med innhentet data stilte jeg meg stadig spørsmålet «hvem har egentlig ansvaret for samarbeidet mellom sykepleierne på helsehuset og i hjemmesykepleien i denne kommunen?». Også litteratur belyser denne problemstillingen; til tross for mye fokus på koordinering gjennom reformer, lovverk og forskning, er det ikke store endringer å se når det gjelder samarbeid i praksis (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 47). I denne studien synes det å være det organisatoriske som i stor grad

styrer sykepleiepraksis. Funnene indikerer at det er gap mellom nasjonale føringer og praksis. Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven er aktørene pålagt å samhandle på en slik måte at helsetjenesten fungerer som «en helhet», dette for å oppnå tjenester og tilbud som gir sammenheng. Loven tydeliggjør også kommunenes helhetlige ansvar for et koordinert og helhetlig helse- og omsorgstilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011a).

6.3.2 Distriktsavhengig

Samarbeidet mellom sykepleierne på helsehuset og i hjemmesykepleien ser også ut til å være distrikts-avhengig, ifølge sykepleierne på helsehuset. De trekker frem at enkelte distrikt får til alt; sender gode overføringsnotater, ringer hvis de lurer på noe og jobber ut ifra kommunenes visjon om «best hjemme- lengst mulig». Mens andre distrikt ikke sender overføringsnotater, tar råd som kritikk og samarbeidet fungerer dårlig. Det kan være flere årsaker til at noen distrikt ikke fungerer like godt. I mange norske kommuner har det vist seg at det er vanskelig å organisere en hjemmetjeneste med god sammenheng og god nok kvalitet for de hjemmeboende eldre. En av årsakene er rettet mot manglende faglig kompetanse (Wyller, 2012, s. 40). Felles forståelse av «best hjemme- lengst mulig», kan sees på som et felles prosjekt delt mellom partene, hvor hver sykepleier blir ansvarlig og forpliktet til sin del av samarbeidet (Roschelle & Teasley, 1995, s. 13) og for å nå målet om «best hjemme- lengst mulig». En studie gjort på samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester belyser at det er behov for økt kunnskap rundt hvordan profesjonsutøvere kan motiveres til økt samarbeid. Det er også behov for samordningstiltak, hvor aktørene forpliktes til samhandling på kryss av organisatoriske grenser, og det bør utvikles en felles forståelse av hvordan og hvorfor man bør samarbeide (Kassah & Tønnessen, 2016). Det bør derfor, slik jeg leser funnene, løftes på et høyere nivå hvordan noen distrikt jobber inn mot samarbeidet med helsehuset. På den måten kan man utvikle en bedre felles forståelse av hva disse distriktene gjør som fungerer. I distriktene hvor det ikke fungerer så godt, skrives det blant annet ikke overflytningsnotater. Hva handler en slik avgjørelse om? Dreier det seg om ukulturer og holdninger? De tre sykepleierne fra helsehuset er helt enige om at dette dreier seg om holdning og innstilling; de gode distriktene har de samme ressursene, men de får det allikevel til. Kan det være slik at sykepleierne i enkelte distrikt er tryggere på egen kompetanse og er reflekterte og bevisste på sykepleiefaglig kvalitet? Ved å søke råd hos helsehuset arbeider de

mot felles mål for pasientens beste, viser respekt for helsehusets kompetanse og er fleksible i samarbeidsprosessen (Jakobsen, 2005, s. 156). Intern organisering i noen distrikt kan også være med på å fremme samarbeidet i pasientovergangene mellom distriktet og helsehuset. Det er variasjoner i hvordan en sone organiserer seg innad i samme virksomhet. Det kan hende de gjennom sin organisering i distriktet har delt inn med pasientansvarlige sykepleiere. Gjennom å ha en pasientansvarlig sykepleier sikrer man en sykepleier som kjenner pasienten godt. Dette fører til individuell tilpasset sykepleie. Man kjenner ofte pasienten over tid og har dermed mulighet til og utarbeidet gode rutiner for individuelt tilpasset sykepleie. Man får også en direkte relasjon til pasienten (Fermann & Næss, 2008, s. 205).

En negativ faktor helsehuset trekker frem som medvirkende faktor på samarbeidet, er hvordan noen distrikt arbeider. I enkelte distrikt har man litt for god kjennskap til hverandre, både som profesjoner, men også til pasientene. Slik at noen pasienter får fler tjenester og større andel av hjelpemidler enn andre pasienter i andre distrikt. Med et slikt utgangspunkt blir ikke like tilfeller behandlet likt i kommunen som helhet. I slike situasjoner som helsehuset her beskriver, blir de ansatte i hjemmesykepleien påvirket av ulik arbeidskontekst, men også av kontekst utenom dem. Saksbehandlerne som er tilknyttet de ulike distriktene oppleves å inneha en rolle som hjemmesykepleiens «advokater», hvor de i mange distrikt er hjemmesykepleiens nære. Helsehuset opplever at de ikke foretar vurderinger på nøytralt grunnlag, men ofte hører på det hjemmesykepleien gjør av vurderinger. Helsehuset, hjemmesykepleien og tjenestekontoret skal utgjøre en del av et tverrfaglig samarbeid. Et tverrfaglig samarbeid er et teamarbeid som tilstreber å nå et eller flere felles mål, gjennom en helhetlig tilnærming. Dette løses best ved en fleksibel samordning av ulik type kompetanse. Det skal være pasientens behov for tjenester som styrer form og innhold i et tverrfaglig samarbeid. Det sentrale i tverrfaglig samarbeid er evnene til å arbeide mot felles mål, fleksibilitet og respekt for den enkeltes kompetanse i samarbeidsprosessen (Jakobsen, 2005, s. 156-157). Å være «allierte» i vurderinger, kan være til hinder for et godt tverrfaglig samarbeid, der konsekvensene kan bli at pasientens behov for tjenester blir vurdert på ulike måter i de ulike distriktene i hjemmesykepleien.

7 Konklusjon og avsluttende kommentarer

Hensikten med denne studien var å få bedre innsikt i hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien og på helsehus hadde, knyttet til samarbeidet i pasientoverganger i kommunehelsetjenesten. Gjennom å lære noe av andre sykepleieres erfaringer var ønsket å kunne bedre praksis på eget arbeidssted, slik at pasientovergangene mellom hjemmet og helsehus kunne bli bedre for pasientene i kommunen jeg arbeider. I denne studien hadde jeg tynne data å arbeide med og funnene var overfladiske. Det har derfor vært krevende å drøfte funnene opp mot samarbeid i pasientovergangene. Det synes å være det organisatoriske som i stor grad bidrar til sykepleiehandlingene. Det fremstår som et stort gap mellom nasjonale føringer, lovverket og sykepleiepraksis. Sykepleierne legger større vekt på hva som hemmer, enn det som fremmer samarbeidet i pasientovergangene mellom helsehuset og hjemmet. Kommunikasjonsutfordringer lyser særlig frem som et komplekst og sentralt område. Sykepleierne beskriver kommunikasjonsutfordringer som hemmende for samarbeid i pasientovergangen. Helsehuset trekker frem at det å kjenne den man skal samarbeide med i hjemmesykepleien kan fremme samarbeidet i pasientovergangene. Samarbeidet mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og på helsehus kjennetegnes av ulike rutiner vedrørende kommunikasjon i pasientovergangene, uavklarte roller, forventninger og tilnærminger i pasientovergangene, kontekst, rammebetingelser og relasjoner ser også ut til å påvirke samarbeidet i pasientoverganger

7.1 Implikasjoner for videre forskning

I denne studien fremkom det tynne og overfladiske data. Studien viste allikevel et stort gap mellom nasjonale føringer, idealer og praktiserende sykepleiepraksis. Det er i tillegg gjort lite forskning på pasientoverganger innad i kommunehelsetjenesten fra tidligere. Det er derfor behov for mer forskning. Gjennom større utvalg og også gjennom å se på flere kommuner, kan man bidra til ny og viktig kunnskap om sykepleieres erfaringer knyttet til pasientoverganger mellom hjemmet og helsehus.

8 Litteraturliste

- Bergh, S., Michelet, M. & Strandenæs, M. G. (2017). *Leve hele livet en kvalitetsreform for eldre- en oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. (3).
https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Akribe AS.
- Braut, G. S. (2020). *Hjemmesykepleie*. Store medisinske leksikon. Hentet 2.3.2021 fra
<https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Curtis, S., Gesler, W., Smith G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health. *Social Science & Medicine*, 50,(7-8), 1001-1014.
<https://ezproxyl.usn.no/Shibboleth.sso/SAML2/POST>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). *En oppsummering av kunnskap, pasientforløp for eldre med kronisk sykdom*. Omsorgsbiblioteket.
https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2449882/pasientforl%c3%b8p%20for%20eldre%20med%20kronisk%20sykdom_ID2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gordon, H. (2010). Nursing research- Generating and assessing, Evidence for nursing practice. *Scholarly Journals*, 17(2), 88-89. Hentet 3.1.2021, fra
<https://search.proquest.com/openview/3a834aadb3deecb1faa9d96e86ef944d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33100>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today*, 24(2), 105-112.

Grimsmo, A. (2020). *Gode pasientforløp*. KS læringsnettverk.

<https://www.ks.no/contentassets/72317cd9b816441eb2036b4abe3a941d/Gode-pasientforlop-arsrapport-2020.pdf>

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, Brodtkorb, K. & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld.St. 26).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. nr. 15). [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1)

[20172018/id2599850/?ch=1](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011a). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.mm* (6). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2017). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016 utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren*. H. a. f. omsorgstjenester.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/analyse-av-utviklingstrekk-i-omsorgssektoren>

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hvalvik, S. (2012). Overganger hos eldre: en teoretisk tilnærming. *Geriatrisk sykepleie*, 2012(1), 8-12. Hentet 4.4.2021, fra [https://openarchive.usn.no/usn-](https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438248/overganger_hos_eldre.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

[xmlui/bitstream/handle/11250/2438248/overganger_hos_eldre.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438248/overganger_hos_eldre.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden- om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleierledelse* (2., Red.). Gyldendal Akademisk.
- Kassah, L. L. B. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester- en studie av hjemmesykepleieresnerfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(04/2016), 348-352.
- Kirkevold, M. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.).
- Kumlin, M. B., G. V, Kvige, K. & Hellesø, R. (2021). Unpacking Healthcare Professionals' Work to Achieve Coherence in the Healthcare Journey of Elderly Patients: An Interview Study. *Dovepress*, 2021(14), 567-575.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (4 Opplag 3. utg.). Gyldendal Akademisk AS.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Andersen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3, Red.). Gyldendal Akademisk AS.
- Kvilhaugsvik, B. & Huseby, G. (2017). Må samarbeide mer. *Sykepleien fagutvikling*.
- Langøren, A., Løkken, S. A. & Aaberge, R. (2015). Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser. *SSB*. Hentet 4.4.2021, fra https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?_ts=14ce4c230d0
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing Risk Factors for Transitional Care of the elderly- literature review. *Care in hospital, ambulatory settings, long-term care and at home: Paper*. Hentet 22.4.2021, fra https://www.researchgate.net/publication/267834203_Addresssing_Risk_Factors_for_Transitional_Care_of_the_Elderly_-_Literature_review
- Leonardsen, A.-C. L. (2019). Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester. *Sykepleien fagutvikling*, 107.
- Laake, K. (2003). *Geriatri i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk
- Malterud, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Manser, T. & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181-191.
- Moe, S. & Hamran, T. (2014). Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapauten*, 9. Hentet 6.4.2021, fra <https://fysioterapeuten.no/samarbeidsutfordringer-i-kommunehelsetjenesten/122925>
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien forskning*, 1(4), 266-268. Hentet 2.4.2021, fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamers-hermeneutikk>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 3.3.2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleiersforbunds Forum for IKT og dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal en veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*. Hentet 7.5.2021 fra <https://docplayer.me/9442-Dokumentasjon-av-sykepleie-i-elektronisk-pasientjournal.html>
- Næss, G. & Helbostad, L. J. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling- tverrfaglig samarbeid. I M. N. H. A. Bondevik (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 63-78). Fagbokforlaget.
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (8). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2013). *Tryggere pasienter og brukere i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Helsedirektoratet. https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/_/attachment/inline/5b939a22-6715-4c70-8682-cle5ed065739:234054a7f36b96a651ea467309ca4ae065dd672c/brosjyre-om-programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf
- Petersen, H. V., Tåket, S. & Nørhold, V. (2019). «It is two worlds» cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1999-2008.
- Ranhoff, A. H. (2020). Den geriatiske pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (Red.). (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Rannestad, T. & Haugan, G. (Red.). (2017). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm.
- Raustøl, T. (2014). *Den nye helsebevegelsen*. Dagens medisin. Hentet 3.3.2021 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/11/17/den-nye-helsehusbevegelsen/>
- Roschelle, J. & Teasley, S. (1995). The construction of shared knowledge in collaborative problem solving. I C.E.O'Malley (Red.), *Computer supported collaborative learning* (s. 69-97). Springer-Verlag.
- Rusdal, M. & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien forskning, 2013;8(2)*, 124-130.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L., & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research, 15*(86).
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm AS.
- Sogstad, M., Hellesø, R. & Skinner, M. S. (2020). The Development of a New Care Services Landscape in Norway. *Health Services Insights, 13*.
- Sogstad, M. & Sundlisæter, M. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 6(02)*, 137-153.
- Testad, I. & Aase, K. (2010). Første, annen, halvannen- hva med sikkerheten. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tranøy, K. E. (2019). *Metode*. Hentet 8.5.2021 fra <https://snl.no/metode>
- Waring, J. M., F. Bishop, S. Walaker, M. Currie, G. Fisher, R. & Avery, T. (2014). Knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to «safe» hospital discharge. *National Institute for Health Research, 2*(29).
- Wiig, S. H., B. S. (2010). Risikooperasjoner på tvers. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.

- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen, Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer- et samfunnsoppdrag. I E. Ø. Willumsen, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2019). *Primary health care*. Hentet 4.4.2021 fra https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- Wyller, T. B. (2012). *Geriatrici en medisinsk lærebok*. Gyldendal Akademisk.
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici En medisinsk lærebok* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen, Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly- Litterature review. *ResearchGate*. Hentet 1.1.2021, fra https://www.researchgate.net/publication/267834203_Addresssing_Risk_Factors_for_Transitional_Care_of_the_Elderly_-_Literature_review
- Aase, K. T., I. (2010). Første, annen, halvannen- hva med sikkerheten. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.

9 Vedlegg

Vedlegg 1- oversikt over søkeord

Aktuelle søkeord, overordnet:	Pasienter som mottar kommunal helsehjelp i hjemmet:	Pasientovergang:	Helsehus:
Pasientforløp, samhandling, pasientovergang, pasientoverføring, patient transfer, Continuity of patient care, transitional care, discharge plan,	Municipal health service OR Community health service OR Home care services	Transitional care OR Patient transfer OR Care transfer OR Interfacility transfer OR Continuity of patient care OR Patient admission OR Health care transitions OR Patient Turfing	Nursing homes OR Nursing homes placement OR Nursing home residents OR Long-term care facilities OR Nursing home placement Short-term care placement

Tabell 1.

Vedlegg 2- Intervjuguide

1) Vi starter med noen minutter med løs prat

Informasjon fra studenten (meg) om tema, bakgrunn, formål. Vil også informere om opptak, taushetsplikt og anonymitet. Det blir viktig at jeg presiserer før vi starter at identifiserbare faktorer som for eksempel alder, diagnose og konkrete hendelser er bakgrunnsopplysninger som skal utelates under intervjuet, da dette er taushetsbelagte opplysninger som ikke på noen som helst måte skal komme frem. Det blir viktig at jeg sørger for at deltagerne har forstått denne delen av informasjonen spesielt godt.

2) Til sist vil jeg spørre om noe er uklart eller om noen av deltagerne har noen spørsmål før vi starter.

3) Overgangsspørsmål:

- Hva slags erfaring har dere med pasientoverganger?
- Hvilke erfaringer har dere knyttet til samarbeidet mellom sykepleiere knyttet til pasientoverganger?
- Kan dere til sist si noe om hva dere mener kjennetegner en god pasientovergang?

4) Nøkkelsspørsmål (forskningsspørsmålene)

- Hva kjennetegner samarbeidet mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og på helsehus?
- Bidrar samarbeidet mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og helsehuset til bedre pasientoverganger?

5) Oppsummering:

Oppsummere funn?

Har jeg forstått dere riktig?

Er det noe noen vil legge til?

Takk for hjelpen.

Vedlegg 3- Informasjonsskriv til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet «Fra hjemmet til helsehus- viktigheten av et godt samarbeid»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forbedre praksis på eget arbeidssted. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg

Formål

Formålet med dette prosjektet er å få mer innsikt i og øke kunnskapsgrunnlaget for hva som er med på å fremme gode pasientoverganger for eldre, og på den måten sikre god overgang mellom hjemmet og helsehus. Det overordnede målet er å bedre praksis på eget arbeidssted, og på den måten kvalitetssikre overgangen for tjenestemottakerne jeg møter i min arbeidshverdag. Prosjektet er en masteroppgave som skal leveres mai 2021. Omfang av oppgaven er 25.000 ord. Prosjektet har følgende problemstilling: *«Hvilke erfaringer har sykepleiere med samarbeid, knyttet til pasientoverganger for eldre som mottar kommunal helsehjelp, i overgangen mellom hjemmet og helsehus?»*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

USN- universitetet i Sør-ØstNorge, fakultetet for sykepleievitenskap er ansvarlige for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er sykepleier, og har arbeidet med pasientoverganger i din arbeidshverdag som sykepleier. Jeg har tatt kontakt med din virksomhetsleder og din avdelingsleder, i tillegg har du meldt din interesse etter å ha lest informasjonsskrivet som ble

hengt opp på vaktrommet på din sone. Det er kun de sykepleierne som har meldt sin interesse og som fyller inklusjonskriteriene som nå blir kontaktet av meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å få svar på min problemstilling ønsker jeg å intervju deg og andre i et fokusgruppeintervju. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, som jeg vil transkribere i etterkant. Personopplysninger vil bli behandlet etter gjeldene retningslinjer. Du kan når som helst trekke deg fra deltagelsen, uten å begrunne dette. I tillegg til lydopptak, vil jeg ta notater underveis i intervjuet. Intervjuet varer i ca en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved USN er det kun min veileder, Marianne Eika og meg, Ine Frydenberg, som vil ha tilgang til innhentet data.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene jeg får i forbindelse med dette prosjektet vil datamaterialet blir lagret på en egen forskningsserver ved USN. I tillegg vil arbeidet med dataene lagres på en kryptert minnepenn. Dataene slettes når arbeidet med prosjektet er over.
- Ved en eventuell publisering vil ikke du som deltager kunne gjenkjennes. Alle opplysninger vil anonymiseres i samarbeid med veileder, før en eventuell publisering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er senest i desember 2021. Etter prosjektslutt vil alle opptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra USN- Universitetet i SørØst- Norge, fakultet for helse og sosialvitenskap, institutt for sykepleie og helsevitenskap, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. (OBS, dette skrivet sendes ikke ut før NSD faktisk har godkjent det. Dette er kun skrevet for å skissere det i prosjektbeskrivelsen og som en informasjon ved oppstart av rekruttering!!)

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: USN- Universitetet i SørØst- Norge, fakultet for helse og sosialvitenskap, institutt for sykepleie og helsevitenskap ved Marianne Eika Telefon: 35575481/ 97143576 eller epost: Marianne.eika@usn.no Vårt personvernombud: Paal Are Solberg (personvernombud@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

Vedlegg 4- Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Internt samarbeid mellom sykepleiere gir gode pasientoverganger*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i Intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5- Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Fra hjemmet til helsehus- viktigheten av et godt samarbeid

Referansenummer

524182

Registrert

26.06.2020 av Ine Frydenberg - 093822@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Eika, marianne.eika@usn.no, tlf: 97143576

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ine Frydenberg, Ine_sussi@hotmail.com, tlf: 41617688

Prosjektperiode

01.08.2020 - 01.12.2021

Status

08.07.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

08.07.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.07.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente

på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til

31.12.2021. TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig

at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan

identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. LOVLIG

GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av

personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i

samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og

utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke,

jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD

vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i

personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

