

Informasjonsflyt ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester

Erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet tildelingskontor (TK)

Rita Jakobsen, Paul Andre Vetvik Killie, Kari Engen Sørensen og Jonas Debesay

Rita Jakobsen, Lovisenberg diakonale høgskole, Rita.jakobsen@ldh.no

Paul Andre Vetvik Killie, Universitetet i Sørøst-Norge

Kari Engen Sørensen, Bærum kommune

Jonas Debesay, OsloMet–Storbyuniversitetet

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å belyse informasjonsflyt i overføring av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helsetjenester, gjennom å fortolke erfaringer fra saksbehandlere i forvaltningsnivået TK. Studien er basert på kvalitative intervjuer med 11 informanter. Dataanalysen er inspirert av Granheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse. Tre temaer ble identifisert; 1. ulike perspektiver i rapportering, 2. frustrasjon og kontroll og 3. gjensidighet i samhandling. Temaene diskuteres i lys av informasjonskvalitet, konsekvenser av ulike perspektivvalg, gjensidighet og anerkjennelse. Studien finner et tydelig behov for anerkjennelse av perspektiv, ansvar og kompetanse hos TK ansatte, samt et ønske om formell dialog rundt utfordringene.

Nøkkelord

Informasjonskvalitet, perspektiv, gjensidighet, dialog

Fagfellevurdert artikkel

Innledning

Hensikten med samhandlingsreformen (SHR) er rett behandling på rett sted til rett tid (HOD 2008-2009). Helhetlig pasientforløp er et av hovedbegrepene i SHR (Grimsmo, Kirchoff og Aarseth, 2015). Tjenestene skal tilrettelegges slik at pasienter opplever en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste (Gjevjon, 2015; Grimsmo et al., 2015), og aktørene i de ulike tjenestene på tvers av sektorer er pålagt å samhandle slik at helsetjenesten fungerer som «en enhet» (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). utfordringer knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjeneste er en av flere i et helhetlig pasientforløp (Haukelien, Vike og Vardheim, 2015; Handeland og Tveit, 2015; Killie og Debesay, 2016; Bruvik, 2017).

Bestiller/utførermodellen (BUM) er den vanligste forvaltningsmodellen i overføring av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus til kommunale tjenester (Vabø, 2007; Vabø og Vabø, 2014; Kirchoff, 2013; Gjerde, Tørsteinsen og Aarseth, 2016). Kjernen i modellen er at bestilleren skal representere brukerens/pasientens interesser i møte med utøveren som er helsepersonell. Bestillingen sendes til utøver, og bestiller ser til at bestillingen blir utført. Ideen bak er kontraktstyring som har til hensikt å bidra til mer rettferdig fordeling av velferdsgoder (Vabø og Vabø, 2014). I de fleste kommunene er det Tildelingskontoret (TK) som forvalter BUM. Saksbehandlere ved TK vurderer den enkelte pasient, tildeler vedtak og formidler dette til det lokale tjenestenivået der utøver-leddet befinner seg. TK skal fatte selvstendige beslutninger basert på en helhetlig oversikt over tilgjengelige ressurser som de kan fordele og disponere fritt (Kirchoff, 2010). Selve modellen (BUM) har både tilhengere og motstandere. Det er stor enighet om at et beslutningssystem er nødvendig. Mye tyder imidlertid på at flere grupper av helsepersonell er kritiske til forvaltningen av beslutningsmakten som er tillagt modellen (Bruvik, 2017; Tønnessen, Kassah og Tingvold, 2016). Modellen har vært kritisert, særlig i forhold til at beslutninger tas uten involvering av bruker eller annet helsepersonell. Et annet aspekt som har vært kritisert er fastsetting av tidsbruk i vedtakene. Kritikken har ført til at flere kommuner har innført en alternativ modell, kalt tillitsmodellen. Ideen her er at saksbehandlerne ved TK skal involvere utøverne og brukerne mer enn ved den opprinnelige modellen. I tillegg skal vedtaket legge til rette for fleksibilitet slik at utøverne i større grad kan vurdere brukernes behov der og da, og bruker tid deretter. Innføring av team som alternativ til TK er også prøvd ut. Erfaringer fra bruk av tillitsmodellen er ulik fra kommune til kommune. Det er høstet gode erfaringer med fleksibilitet til selvstendige vurderinger hos utøverleddet. Det ser imidlertid ut til at det er nødvendig med en type tidsavgrensning i vedtakene, særlig med tanke på planlegging av tjenestene. Det er likevel utfordringer knyttet til kontinuitet og klare ansvarslinjer (Eide, Gullslett, Nilsen, Dragsted og Eide (2018).

Sundt (2010) har studert bestillerfunksjonen opp mot ulike dilemma, der beslutningsansvar, kompetanse, konflikt med utfører, økonomistyring og kontrollsystemer var sentrale. Studien viser at BUM bidrar delvis til å sikre likebehandling og god fordeling av ressursene. Nødvendig dialog mellom bestiller og utfører for å sikre kvalitet blir ikke alltid gjennomført. Kompetanseutvikling hos bestiller er primært knyttet til kompetanse i saksbehandling, mens utfører etterlyser helsefaglig kompetanse (Sundt, 2010).

Kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten er en sentral faktor i TK's utforming av vedtak (Kirchoff, 2013; Melby, Hellesø, Brattheim og Toussaint, 2019). Etter innføring av digitale meldingssystemer, ser det ut til at kvaliteten på meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommune er bedret (Hellesø, Lyngstad, Brattheim og Melby, 2019). Det er imidlertid studier som viser at kommunikasjonen mellom tjenestenivåene fortsatt er mangelfull (Kirchoff, 2013; Tønnesen et al., 2016; Melby et al., 2019).

Flere studier har vurdert pasientrisiko knyttet til BUM, der særlig eldre er utsatt i utskrivningsprosessen (Aase, Langeland og Dyrstad, 2013; Bruvik, 2017; Soogstad og Bergland, 2021). Sogstad og Bergland (2021) beskriver feil og mangler i informasjonsflyten som en erfart trussel på kontinuitet og helhetlig pasientforløp. I en studie av Øydgard (2018) drøftes vurderinger og vedtak ved TK opp mot følgende problemstilling; Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? Funnene her viser at saksbehandlerne, fra melding om behov til vedtak, gjør et aktivt arbeid for å innpasse behovene i det eksisterende behovshierarkiet av nødvendige tjenester, altså det lavest effektive omsorgsnivå. Konklusjonen er at i praksis foregripes behovsvurderingen slik at vedtakene gjenspeiler et begrenset standardisert tjenestetilbud. Dette bekreftes av andre studier (Gjevjon & Romøren, 2010; Vabø, 2011; Syse, Øien, Solheim og Jakobsen, 2015).

I en studie av samhandling knyttet til overføring av syke eldre fra sykehus til kommunale tjenester er organisatoriske og verdimessige utfordringer omdreiningspunktet (Danielsen og Fjær, 2010). Studien viser at sykehus og kommune har ulikt syn på avtaler, vurdering av hjelpebehov, utskrivningsprosedyrer og kommunikasjon. Resultatene viser svikt i overføringen som truer pasientsikkerheten (Danielsen og Fjær 2010; Ugland 2011; Aase et al., 2013; Sogstad og Bergland, 2021). Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Slettevold og Grimsmo (2013) finner at perspektivet til helsepersonell i sykehus er knyttet til sykdom mens i primærhelsetjenesten er perspektivet funksjonsnivå. De ulike perspektivene får betydning for prioriteringer i kommunikasjon og samhandling. Flere studier viser til en type kulturforskjell som i seg selv er begrensende for etablering av helhetlige og sømløse pasientforløp (Paulsen, Romøren og Grimsmo, 2013; Martiniussen, 2013; Håland og Osmundsen, 2015). Hellesø og Melby (2013) drøfter prosessen rundt utskrivningsklare pasienter. Beslutningen om at en pasient

er utskrivningsklar tas av helsepersonell på sykehus. Kommunikasjon rundt utskrivelse kan forstås inn i formaliserte og uformaliserte praksiser, der de uformaliserte ofte er usynlige, men likevel nødvendige i beslutning og planlegging rundt utskrivning av pasienter til kommunale tjenester (Hellesø et al., 2013; Hellesø og Olsen, 2019). Bestiller/utøvermodellen og informasjonsflyt mellom sykehus og TK involverer tre parter; spesialisthelsetjenesten, bestillerenheten og utøverenheten. De fleste kvalitative studier har utøverleddet, enten i sykehus eller kommune, som datakilde (Tønnessen et al., 2016; Skorpen, Kvangarsnes og Hole, 2017). I foreliggende artikkel ønsker vi derfor å utforske erfaringene fra saksbehandlere ved TK, vel vitende om at i den relevante informasjonsflyten er det minst 3 aktører som påvirker prosessen.

Hensikt

Å belyse informasjonsflyt i overføring av pasient fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenester med utgangspunkt i erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet TK.

Forskningsspørsmål

Hvordan foregår informasjonsflyten mellom sykehus og kommunale helsetjenester ved utskrivelse fra sykehus slik saksbehandlere ved TK erfarer det?

Hvilke utfordringer erfarer saksbehandlere ved TK når det gjelder utveksling av informasjon?

Teoretisk perspektiv på informasjonskvalitet

For å belyse informasjonsflyt mellom sykehus og TK i kommunene, er det hensiktsmessig å trekke frem teoretiske forståelser rundt begrepet informasjonskvalitet. Vi har tatt utgangspunkt i Alters (2006) forståelse slik den også er anvendt av Melby et al. (2019 s. 137- 38).

Alter (2006) viser informasjonens kompleksitet der individer, innhold, form og kontekster har betydning for kvaliteten. Alter (2006) deler informasjonskvalitet inn i fem dimensjoner som alle er relevant i forståelse av informasjonsflyt. Dimensjonene fremstår sjeldent enkeltstående i praksis, men er sammensatte og flertydige. Vi vil imidlertid trekke frem *indre informasjonskvalitet, tilgang og tilgjengelighet til informasjonen og kontekstuell kvalitet på informasjonen*, som særlig nyttig for å belyse informasjonsflyt slik vår studie har til hensikt. Et vesentlig poeng i informasjonsflyt dreier seg om nødvendigheten av å ta hensyn til ulike perspektiver, f. eks. brukerperspektiv, saksbehandlerperspektiv, sykepleier på sykehuset sitt perspektiv; altså ulike individperspektiv. I tillegg er systemperspektivet sentralt; hvilke føringer som er lagt for hvilken informasjon saksbehandler trenger for vurdering og hvilke føringer som ligger til grunn for forventningene til kvalitet på informasjonen.

Metode

Kvalitativ design og metode

Studien er basert på et beskrivende og utforskende design. Vi setter søkelys på informantens livsverden, der utforskning på livsverdensperspektiv er subjektiv i sin karakter (Van Manen, 1990). Det er et mål å ta rede på informantenes forståelse av egen arbeidsvirkelighet både individuelt og i en større kontekst.

Utvalg

Utvalget er strategisk. Hensikten er å sikre at informantene er egnet til å utforske studiens problemstilling (Thagaard, 2018).

Sju mellomstore og mindre kommuner ble valgt. Alle hadde bestiller/utfører modellen som modell for vurdering og tildeling av tjenester. Kriterier for utvalget var at informantene besatte posisjoner der de var i direkte kontakt med sykehusene i overføring av utskrivningsklare pasienter til kommunal tjeneste. Informantene var ansatt i forvaltningsleddet TK der de hadde en saksbehandler funksjon. funksjon. Utvalget bestod av 11 informanter; sju saksbehandlere og fire ledere. Ti hadde bakgrunn som sykepleier og en var fysioterapeut. Alle var kvinner. Informantene ble rekruttert via leder på det aktuelle TK. De fire lederne i utvalget hadde saksbehandlerfunksjon, og ble derfor inkludert i utvalget.

Datainnsamling

Det ble gjennomført individuelle, semistrukturerte intervju ved hjelp av en intervjuguide. Intervjuguiden ble utarbeidet i forskningsgruppen. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, lagret digitalt og transkribert verbatim. Intervjuerens rolle og forberedthet ble drøftet i forskningsgruppen før og etter gjennomføringen med tanke på kvalitetssikring. Den enkelte intervjuers forforståelse var bl.a. tema her.

Dataanalyse

Analysen er basert på Granheim og Lundman's Qualitative Content Analysis (2004, 2017). Granheim og Lundman (2004) anvender begrepene manifest (mening nær teksten) og latent (underliggende fortolket mening) i sin analysemetode. Fra den transkriberte teksten er det 5 trinn; 1. Meningsbærende enhet, 2. kondensert meningsenhet: beskrivelser nær teksten (manifest mening), 3. kondensert meningsenhet: tolkning av nærliggende (latent mening), 4. subtema og 5. tema (se tabell 1).

Tabell 1. Eks. på innholdsanalyse etter Granheim & Lundman (2004, figur 3).

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet, beskrivelser nær teksten (manifest)	Kondensert meningsenhet, tolkning av den underliggende mening (latent)	Sub-Tema	Tema
<i>Det er jo det fysiske. Går pasienten med rullator alene, går hun med følge, klarer hun å reise seg opp og ned fra en stol eller toalett. Får pasienten i seg nok mat. Helt de basale, nødvendige behov.</i>	<p>Det er den fysiske funksjonen vi trenger informasjon om</p> <p>At pasienten kan sette seg og reise seg på egen hånd</p> <p>At pasienten kan gå på toalettet selv</p>	<p>Rapporten fra sykehuset tilsvarer ikke det informantene trenger av info. Den er mer medisinske beskrivelser av hva som er gjort enn beskrivelse av nåværende funksjonsnivå</p>	Sykdom versus funksjon	Ulike perspektiv i rapportering

Metodologiske betraktninger

Denne studiens interne validitet, pålitelighet, er ivaretatt gjennom nøyaktighet, transparens og sammenheng mellom hensikt, forskningsspørsmål, intervju, analyse og diskusjon. Studien har en pragmatisk validitet fordi kunnskapene den frembringer kan brukes til noe ut over seg selv (Brinkmann og Tanggaard, 2015).

Et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke kan gi grunnlag for utvikling av kunnskap som kan gi innsikter ut over den konteksten studien ble gjennomført i (Sandelowski, 1995). Utvalget i denne studien er strategisk og knyttet til en type forvaltningsenhet (TK) som er studiens definerte forskningsfelt. Det ble underveis vurdert hvorvidt 11 informanter er tilstrekkelig, men vi fant at informasjonsstyrken i utvalget var god med tanke på å belyse tema i tråd med hensikten (Malterud, 2017).

Forskningsetiske vurderinger

Ingen av forskerne hadde tilknytning til forskningsfeltet i kraft av å være ansatt ved TK. En av forskerne var leder i en av de aktuelle kommunene og gjorde derfor ikke intervjuene der. I analysefasen var denne forskeren ansatt i en annen kommune som ikke var involvert. Transkriberingen ble gjort eksternt og alle fire forskerne var deltakere i alle ledd i analysene.

Som ved alle individuelle intervju må forskeren være bevisst sin posisjon i intervjuposisjonen. Underveis i prosessen ble gjennomføring av intervjuene diskutert kritisk i forskergruppen.

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjekt nr. 55540) som en del av et større prosjekt. I tillegg er Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) sine retningslinjer for personvern ved forskning fulgt når det gjelder oppbevaring og lagring av data.

Funn

Presentasjon av funn er organisert i tre temaer og tre subtemaer slik det fremgår av tabell 2.

Tabell 2. Funn

Subtema	Tema
Sykdom versus funksjon Å få tilstrekkelige opplysninger i tide	Ulike perspektiver i rapportering
Uklar kommunikasjon – innhold og form Telefon som kvalitetskontroll	Frustrasjon og kontroll
Uavklarte forventninger Respekt for ansvar og rolle	Gjensidighet i samhandling

Ulike perspektiver i rapportering

Sykepleierne i sykehuset skriver en sykepleierrapport (PLO -melding) som i hovedsak inneholder hva som er gjort under oppholdet, og hvilken medisinsk tilstand pasienten er i ved utskriving. Saksbehandlerne sitt ansvar er å motta rapport fra sykehuset og vurdere hvilken type tjeneste pasienten skal tilbys i kommunen. Rapportens innhold må derfor være av en slik karakter at den kan være grunnlag for vurdering og beslutning av tjenestetilbud. Erfaringer fra informantene er at dette ikke alltid er tilfelle.

Sykdom versus funksjon

Innholdet i sykepleierrapporten er et sentralt tema på tildelingskontoret når de beskriver informasjonen fra sykehuset. *Det er jo det fysiske. Går pasienten med rullator alene, går den med følge av en, går den med følge av to, får pasienten i seg nok mat. De basale, nødvendige behov.* Saksbehandlerne understreker at omdreiningspunktet i sykepleierrapporten må, i tillegg til informasjon om behandling og oppfølging, dreie seg om pasientens funksjonsnivå, fysisk og mentalt. De beskriver funksjonsnivå billedlig: *De må jo kunne klare å sette seg og reise seg opp fra toalettet på egenhånd.* Informantene trekker frem faglig forsvarlighet som styrende for vurderingen. På spørsmål om forståelse av faglig forsvarlig knyttes dette direkte opp mot funksjonsnivå.

Da ser man på ADL, med hvor ustødige de er, opp mot hvor mange ganger vi kan «gå inn i døgnet». Og da ser man det at hele mennesket er i så dårlig forfatning at det må faktisk innvilges et langtidsopphold.

I tillegg til det fysiske funksjonsnivået er informantene opptatt av det mentale funksjonsnivået. Ofte bringer sykehuset slik informasjon til torgs i rapporten. *Når en person er redd, engstelig, utrygg er dette viktig å ta med i vurderingen. Det er noe med å ta enkeltpersoner på alvor også.*

Informantene trekker frem tidlig utskrivning som en utfordring i vurdering og tildeling av tjeneste. I slike tilfeller er vurderingene til TK ikke alltid er forenelig med vurderingene på sykehuset, selv om tilstanden er forenelig med det ansvaret kommunehelsetjenesten har. *Det er legen på sykehuset som har myndighet til å si om en pasient er utskrivningsklar eller ikke. Det hender at vi ber dem beholde pasienten et døgn til fordi utskrivning ikke høres greit ut.*

Et annet moment informantene trekker frem er sykehusets konklusjoner og anbefalinger rundt tjenestetilbud i kommunene. Dette finner saksbehandlerne vanskelig, da det er de som skal ta den endelige beslutning.

De sender ofte helseopplysninger der det anbefales korttids plass, heldøgns omsorg. Så må jo vi ta en vurdering på om vi er enige. Det er ikke alltid vi er det. Da hender de vi etterspør hvilke kriterier som ligger til grunn for vurdering og anbefaling om korttids plass.

Å få tilstrekkelige opplysninger i tide

Informantene erfarer at det kan være vanskelig å få opplysninger tidsnok til å bestemme tjenestetilbud. Sykepleierrapporter skrives ofte rett før pasienten sendes hjem. Der sykepleierrapporten kommer i siste liten, og i tillegg er mangelfull i forhold til funksjonsbeskrivelse, vanskeliggjør dette vurdering og beslutning om tjenestetilbud.

Så er de ikke alltid ferdigbehandlet. Det er jo mange som blir skrevet ut med behandling som væskebehandling eller antibiotika. Noen ganger så kan vi vurdere feil, fordi vi har fått feil rapport. Ofte ser vi at pasienten er dårligere eller bedre enn det vi hadde forventet ut fra sykepleierrapporten.

Det er mer vanlig enn uvanlig at saksbehandlerne må etterspørre mer informasjon da de erfarer mottatt rapport som utilstrekkelig i forhold til den informasjonen de trenger. Dette erfares som merarbeid og til tider noe frustrerende.

Vi har muligheten til å kunne etterspørre hvis det er ting vi lur på. Hvis pasienten har vært lenge på sykehuset så trenger vi oppdaterte opplysninger. Også må vi spørre: hva greier brukeren, hva er funksjonsnivået, hvordan er det med det kognitive?

Informantene erfarer at innhold og kvalitet på helseopplysninger / sykepleierrapporter har forbedringspotensialer selv om de kan forstå hvorfor det ofte blir slik.

Det hender jo at vi får helseopplysninger/sykepleierrapporter samme dag de skal ut. ... at det er forsinkelser, at de har glemt å sende eller. Et av problemene er kanskje at den sykepleieren som kommer på vakt den

dagen ikke kjenner brukeren godt nok, men likevel må skrive den rapporten.

Informantene understreker at også informasjon fra andre kilder enn sykepleier rapporten har betydning for vurdering og beslutning av tjenestetilbud. De snakker om brukerens historie, hjemmesituasjon, pårønderressurser og hjemmesykepleien som ofte kjenner pasienten fra tidligere.

Så når de på sykehuset ser pasienten utenom hjemmesituasjonen så vurderer de kanskje noe annet enn det vi gjør. Vi vet akkurat hvordan leilighetene i den veien ser ut. Vi vet at det er en høy terskel der, men vi vet at brukeren fint kan sove i stua og gå på toalettet. Vi trenger kort og godt informasjon om funksjonsnivå og adresse.

Helst vil informantene at sykepleier rapporten skal være tilgjengelig tidligere i forløpet slik at de har tid til grundigere planlegging. Mange av pasientene som overføres fra sykehuset har allerede et tjenestetilbud. Disse pasientene har en historie tildelingskontorets saksbehandlere har tilgang på. Informasjonen fra sykehuset vil i slike tilfeller være tilleggsinformasjon. I nye tilfeller er saksbehandler totalt avhengig av kvalitet og innhold på rapporten fra sykehuset.

Hvis det er ny bruker, så er vi prisgitt en god rapport fra sykehuset. Men det er også veldig varierende hvor god informasjon vi får. Vi er avhengige av gode helseopplysninger.

Dersom saksbehandlerne opplever mangelfull rapportering, tar de kontakt med sykehuset. Det hender at rapporten utløser flere spørsmål, f.eks. knyttet til medisinsk utstyr eller behandlingsoppfølging som krever en viss kompetanse. Informantene bruker uttrykk som dialog og «sparring» når de beskriver kontakt med sykehuset etter mottatt rapport. *Også har man jo gjerne dialog. Hvis det er noe vi lurer på for å ta våre vurderinger, tar vi kontakt.*

Frustrasjon og kontroll

Informantene beskriver situasjoner hvor de blir frustrerte over manglende kommunikasjon. Særlig gjelder dette i tilfeller der etablerte og avtalte regler for informasjonsutveksling ikke følges. Det kan være både på form og innhold.

Uklare kommunikasjonslinjer

De ulike kommunene med tilhørende sykehus har ulike systemer for kommunikasjon. Det synes som om valg av samhandlingssystem, fysisk og elektronisk har betydning for erfaringer med kvaliteten i informasjonsflyten mellom nivåene. Etablering av stillinger for koordinering mellom kommunene og sykehus er et eksempel på dette. «PLO-meldingssløyfa» som den kalles er en felles formell kommunikasjonskanal som informantene har god erfaring med, men som brukes

ulikt. Informantene mener at kompetansen til å formidle informasjon skriftlig varierer med den mulige konsekvens at innholdet ikke er godt nok.

Har inntrykk av at mange synes det er veldig greit å formidle muntlig, da det er ofte utfordrende å rapportere skriftlig. Du har en pasient du skal beskrive skriftlig, slik at noen andre skal forstå hva du ser. Det er jo en kunst! Det er jo alltid rom for fortolkning.

Det kommer også frem at helseopplysninger og sykepleierrapport ikke inneholder de samme komponenter i de ulike kommunene. Medisinsk informasjon, eksempelvis epikrise, er noen steder inkludert mens andre steder ikke. Det samme gjelder opplysninger til fysio- og ergoterapi, eller spesial-sykepleie som noen ganger går direkte til tjenestetilbudet uten å være endel av vurderingsgrunnlaget til TK-ene. Informantene uttrykker frustrasjoner over at store deler av tjenestetilbudet til pasienten ikke knyttes til vedtaksordningen.

Fysio og ergo får egne meldinger fra sine kollegaer på sykehuset direkte, meldinger som ikke vi har tilgang til en gang. Vi får kun denne infoen dersom noen fra fysio eller andre tar kontakt med TK.

Informantene oppsummerer samhandlingen med sykehuset som noe hektisk og til tider kaotisk. Mange utfordringer er knyttet til selve pasientsituasjonen og forsterkes gjennom uklare ansvarlinjer i informasjonsutvekslingen. Dette er særlig utfordrende når flere yrkesgrupper er inn i bildet. I tillegg er det ofte snakk om hurtige avgjørelser knyttet til korte tidsfrister i utskrivelsesprosessen.

Jeg vil vel beskrive det som, når det står på, litt hektisk og kaotisk. Kan hjelpemidler kjøres ut i dag? Kan hjemmetjenesten møte opp, ta imot pasienten, akkurat på det og det klokkeslettet? Veldig mye frem og tilbake.

I slike kaotiske situasjoner kan viktig informasjon glippe i dokumentasjon av hendelsesforløpet. Saksbehandlerne beskriver at de tar en type kontroll ved at de sjekker ut om sykehuset registrerer informasjon og endringer i journal. Informantene ønsker at et oppsummeringsnotat legges i journal for at man lettere kan se pasientens helse-historie ved neste innleggelse. Et slikt oppsummeringsnotat vil kunne anvendes i vurdering av tjeneste. Det er ingen formelle krav til dette. *Vi ser at innimellom så svikter det på journalføring. Vi ber ofte om at de sikrer at det som er besluttet fremgår av journalen, eventuelt at de skriver et oppsummeringsnotat.*

Telefon som kvalitetskontroll

Informantene rapporterer om hyppig bruk av telefon. Det gjelder når de erfarer ufullstendige rapporter fra sykehuset, men også når rapporten ikke står i forhold til kompleksiteten rundt pasient og utskriving. Noen ganger knytter saksbehandler

kontakt mellom sykehuset og utøverleddet slik at informasjonen kan gå direkte. I slik informasjonsutveksling brukes telefon. Informantene kaller bruk av telefon som «ekstra sikkerhet». Særlig gjelder dette usikkerhet rundt medisiner der informantene erfarer at de må kontrollsjekke.

Dersom jeg er misfornøyd med innholdet i sykepleier rapporten, ringer jeg avdelingen og melder behov for en bedre funksjonsoppdatering.(...)Vi opplever at det blir bedre etterhvert. Og når vi samarbeider bedre, er det også lettere å få telefonkontakt.

Informasjonsflyten skjer primært elektronisk mellom tildelingskontoret og sykehuset. Likevel er bruk av telefon som kvalitetssikring utbredt. Informantene sier:

..da kan vi føle oss trygge på at vedtaket vi fatter er riktig. Det hender at det er opplysninger som ikke skrives, men som du får når du ringer. Informasjonen skal komme skriftlig, og vi skal svare skriftlig, for da er det skrevet og dokumentert. Men jeg ser at hvis jeg ikke ringer, så hender det at det er informasjon som glipper.

Flere saksbehandlere understreker viktigheten av å dokumenter gjennom å loggføre telefonsamtaler som skal inn i Pasientjournal.

Gjensidighet i samhandling

Uavklarte forventninger

Når informantene beskriver helseopplysninger eller sykepleier rapporter som utilstrekkelig kan dette forstås som uavklarte forventninger, at de ulike aktørene i informasjonsutvekslingen ikke har klargjort forventninger til innhold og form. Sykehuset synes å legge større føringer for beslutning og tjenestetilbud enn det de skal. Informantene er tydelige på at denne beslutningen er lagt til TK, og at antydninger i rapporter fra sykehuset om eksempelvis langtidsavdeling kan virke forstyrrende på prosessen. *Til å begynne med, så var sykehuset veldig til at de skulle ta kommunene sin rolle og bestemme omsorgsnivå. Men det er vi som bestemmer.*

Noen kommer med forslag om å avklare forventninger, men de fleste uttrykker at sykehuset må forstå at de trenger andre opplysninger enn det de trenger på sykehuset. De bruker begrepet: «..skulle ønske...» *at man fikk tydeligere funksjonsbeskrivelser. Hva er det pasientene klarer selv? Vi må ofte etterspørre mer informasjon om hva de faktisk trenger av hjelp etter utskrivning.*

En tydelig positiv erfaring knyttet til å avklare forventninger er etablering av samhandlingsstillinger i sykehusene. *Det har skjedd ganske mange forbedringer for eks. etablering av samhandlingssjef på sykehuset som koordinerer samarbeidet med oss.*

Informantene beskriver erfaringer og resultater fra dialogmøter med sykehusene der bl.a. avklaring og konkretisering av forventninger er et resultat.

Vi har vært mer på med dialogmøter. De på sykehuset har inkludert punkter vi er opptatte av i sine skjema for helseopplysninger. Vi savner fortsatt ferdig signerte epikriser og oppdaterte medisinlister.

Respekt for ansvar og rolle

En utfordring som er tydelig i dette datamateriale er knyttet til tidsfrister. Det finnes avtaler, sjekklister og algoritmer som beskriver gangen i utskriving av pasient fra sykehus til kommunale tjenester. I disse sjekklister er det flere elementer som har i seg tidsfrister og rapportering. Situasjoner der tidsfrister brytes erfares som lite respektfull overfor helsetjenesten i kommunen.

Vi opplever ofte at pasientene kommer sent på kveldstid. Det tilstrebes tidsfrist innen 22.00, ellers så skal de vente til neste morgen. Men her er det snakk om gamle og skrøpelige mennesker. Slike typer etiske dilemmaer tenker jeg man kunne ha jobbet mer med i fellesskap.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å utforske saksbehandlerne ved forvaltningsnivået TKs erfaringer med informasjonsflyt i overføring av pasient fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Funnene viser at informasjonsflyten er preget av utfordringer som ulike perspektiv i rapportering, en vekselvirkning mellom frustrasjon og kontroll, samt behov for gjensidig samhandling. Det er rimelig å se informasjonsflyt i sammenheng med informasjonskvalitet.

Informasjonskvalitet

I foreliggende studie erfarer informantene at informasjonen i rapporteringen ofte kan være ufullstendig og/eller feil. Dette bekreftes av Melbye et al. (2019) som finner at informasjonsflyten preges av dårlig og utydelig struktur, uforståelig innhold samt for sen formidling til å være nyttig. Funnene viser at innholdet bærer preg av at en sykepleier rapport er skrevet for andre enn saksbehandlerne.

Nøyaktighet, tilgang og relevans

Studiens funn viser at informantene i stor grad er avhengig av nøyaktighet og presisjon i sykepleier rapporten for å kunne fatte et vedtak om tildelt omsorg. Funksjonsnivå er første prioritet, deretter helsetilstand og forventet behandlingsnivå. I flere av kommunene fikk saksbehandlerne ikke informasjon om behov for fysioterapi eller ergoterapi. I disse kommunene var ergo- og fysioterapi organisert utenom TK, hvilket ble oppfattet som utfordrende i forhold til målet om et helhetlig tjenestetilbud. Informantene fikk heller ikke epikrise eller

informasjoner rundt medikamentell behandling. Innholdet i informasjonen er således ikke komplett som grunnlag for beslutningen sett i lys av Alters (2006) krav til kontekstuell kvalitet på informasjonen. Relevans og tidsriktighet er også til tider uklare. Dette bekreftes av Melbye et al. (2015, 2019) sine studier av informasjonskvalitet. Erfaringene til informanter viser at PLO -meldingene tidvis kommer i siste liten, noe som forklares av sen utskrivning og sent mottak av pasient. I tillegg følger rapporten ofte pasienten i tid, hvilket erfares som for sent i forhold til vedtaksprosessen. Noen ganger samsvarer rapporten ikke med de faktiske forhold, slik at ekstra kontakt med sykehuset er påkrevet. Alle disse forhold kan bidra til å svekke informasjonskvaliteten (Alter, 2006; Melbye et al., 2019).

Flere av funnene kan ses i lys av ulike perspektiver i informasjonsutvekslingen. Alter (2006) hevder at informasjonen er kompleks, da både individer, innhold, form og kontekster har betydning for kvaliteten. Mye tyder på at ulike perspektiver øker kompleksiteten i informasjonsutvekslingen. Hva skyldes så disse ulike perspektivene; sykdom versus funksjon satt opp nærmest som en dikotomi? Grimsmo et al. (2016) reflekterer over hvordan perspektivvalg har betydning for innhold og form i samhandlingen. De referer til kommuner som har utviklet helhetlige pasientforløp for pasienter med KOLS, hjertesvikt, slag og hoftebrudd der en diagnose-spesifikk tilnærming er valgt både i rapportering, planlegging, sykepleie og behandling. Grimsmo et al. (2016) hevder at denne tilnærmingen ikke bare er uegnet, men at den også vil kunne bidra til et fraksjonert helsetjenestetilbud der kroniske og multimorbide syke ikke vil bli møtt på sine behov, noe som bekreftes av Sogstad og Bergland (2021). Tilnærmingen vil altså kunne bidra til det motsatte av idealet om helhetlige tjenestetilbud. Kanskje er det her utfordringen ligger i informasjonsflyten mellom sykepleierne på sykehus og saksbehandlerne på TK. Spesialisthelsetjenestens perspektiv er, og forventes å være, diagnos spesifisert knyttet til behandling. I primærhelsetjenesten er tilbud om tjeneste ikke bare avhengig av pasientens diagnose, men vel så mye av funksjonsnivå og helsetilstand. Øydgard (2018) utfordrer dette synet i sin studie av saksbehandleres erfaringer knyttet til vurderinger av tiltak. Hun hevder at det i mindre grad tas utgangspunkt i pasientenes behov i tildelingen, men at saksbehandlerne oversetter behovene til å passe de tilbudene man har å gi. Dette kaller Øydgard (2018) institusjonelt betingede behovsoversettelser som gjør at vedtakene gjenspeiler et begrenset standardisert tjenestetilbud. Dette kan gjenkjennes i denne studiens funn. Siden det oftest er sykepleiere som gir og mottar informasjon, skulle man tro at det er en viss felles forståelse som ville påvirke innhold og form i rapporteringen. Nordsveen og Andershed (2015) finner imidlertid at det ikke nødvendigvis er et felles kunnskapsgrunnlag mellom sykepleierne på tvers av tjenestenivåene. Manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og organisatoriske forhold kan slik forklare de erfarte utfordringene i samhandling og informasjonsutveksling på tvers av tjenestenivåene.

Informasjonens representasjon

Funnene viser at mye av informasjonen i sykepleierapportene (PLO meldingene) ble oppfattet som usystematiske og utydelige, noe som førte til at saksbehandlerne måtte dobbeltsjekke. Telefon var hyppig brukt til avklaringer. I slike situasjoner viser saksbehandlere både frustrasjon, men også handlekraft og ansvar. Alter (2006) snakker om informasjonens representasjon; om den er *konsis, lett forståelig* og om det finnes *fortolkningsrom*. En informasjon som ikke har et konsist budskap, der det inviteres til fortolkninger, kan skape frustrasjon slik funnene viser. Det er viktig å påpeke at informasjonen det er snakk om her har en hensikt ut over seg selv, nemlig å danne grunnlag for en beslutning om tjenestetilbud. Overføringer av pasienter mellom tjenestenivåer innebærer i seg selv en risiko (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2018; Laugaland og Aase, 2018). Det ligger et stort ansvar i at informasjonen mellom tjenestenivåene er konsis uten for store rom til fortolkning. Danielsen & Fjær (2010) hevder at sykepleierne ofte påtar seg ansvaret for å kompensere for manglende overføringsrutiner. Dette kommer også frem i våre funn, der informantene vurderer informasjonen ut fra andre kriterier enn sykepleierne på sykehuset. De beskriver ikke seg selv som sykepleiere, men som saksbehandlere. Mye tyder på at informantenes identitet i større grad er knyttet til den juridiske tilleggsutdannelsen de har som saksbehandlere enn til en sykepleiefaglig profesjonsidentitet.

Bruk av telefon når informasjonen ikke er tilstrekkelig eller er uforståelig, er gjennomgående i funnene. Dette kan forstås som en type uformell kvalitetssikring. Svendsen (2017) hevder at sykepleiere ofte tar et uformelt ansvar for å rette opp mangelfulle forhold som kan true pasientsikkerheten. Flere studier viser hvordan sykepleiere tar uformelt ansvar når de vurderer at pasientsikkerheten er truet (Handeland et al. 2015; Svendsen, 2017). Særlig er dette gjeldende når det gjelder kvalitetssikring knyttet til medikamenter, medikamentlister og epikriser. Det er studier som viser betydelige utfordringer når det gjelder medikamenter ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester (Melby et al 2019, Leonardsen 2021). Disse utfordringene kan være en trussel mot pasientens sikkerhet (Laugaland og Aase, 2018). Å forstå telefonsamtalene som et ansvar knyttet til pasientsikkerhet er ikke urimelig. Det er imidlertid faglige betenkeligheter ved en slik uformell praksis som oftest er et privat initiativ som unntaksvis dokumenteres. Funnene viser at når telefonsamtaler dokumenteres er det oftest registrering av tidspunkt og ikke nødvendigvis dokumentasjon av samtaleinnhold. Bruk av spontane telefonsamtaler kan slik bli en hvilepute i stedet for å utvikle e-meldingene til høyere informasjonskvalitet. Ifølge Svendsen (2017) er telefonbruk i tillegg lite effektivt, og utbytte er avhengig av motiv og kompetanse til den som ringer. Dette gjelder også saksbehandlere ved TK.

Kontekstuell informasjonskvalitet

Informasjonskvalitet er også kontekstuell (Alter 2006), her forstått som samhandlingsklima. Vik (2018) anvender begrepet gjensidighetskunnskap. Gjensidighetskunnskap synes å være et vesentlig element i samhandling og samhandlingsklima. Vik (2018) beskriver at gjensidighetskunnskap ikke handler om at de ulike forståelser smelter sammen til en felles forståelse rundt samhandlingens omdreiningspunkt. Det er snakk om en gjensidig systemforståelse der aktørene forstår at ulike ansvars- og arbeidsoppgaver utgjør vesentlige bidrag til helheten og resultatet. Der gjensidighetskunnskapen rår er det rom for diskusjoner og forhandlinger da målet med samhandlingen er felles. Manglende diskusjon og forhandlinger om hverandres forståelse der profesjonen kun arbeider med utgangspunkt i egen forståelse, er, ifølge Vik (2018), ikke forenelig med samhandling. Dette synes å være kjernen i funnene i vår studie. Det er i dialogen rundt de ulike posisjonene i samhandlingen mot et felles mål, grunnlaget for å avklare forventninger ligger. Informantene beskriver ansatser til slike dialoger i noen av kommunene, der det både fysisk og elektronisk gjennomføres meningsutvekslinger som har betydning for utfallet av informasjonsflyten; nemlig en reflektert beslutning for vedtak.

Funnene viser erfaringer knyttet til faglig asymmetri i samhandlingen. Heri ligger også en forhåndsdefinert og ensidig forståelse av kompetanse som i seg selv skaper asymmetri og manglende likeverd i samhandlingen. Håland og Osmundsen (2015) presenterer et funn de kaller organisering av likeverd, der de beskriver at ulikheter i status og makt kan forsterke erfarte utfordringer i samhandling på tvers av tjenestenivåene. Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten blitt oppfattet som et mektigere og mer kunnskapsrikt tjenestenivå enn primærhelsetjenesten. Et mål i å etablere et godt samhandlingsklima handler om å avklare en felles mening med samhandlingen og slik å utvikle gjensidig respekt for hverandres kompetanse (Håland og Osmundsen, 2015).

Til tross for betydelige forbedringer i informasjonsflyten fra sykehus til TK de siste årene, erfarer saksbehandlerne et tydelig «spesialistperspektiv» i rapporter fra sykehusene, som om de ikke anerkjenner den kunnskapen saksbehandlerne ber om. Dette manifesterer seg ekstra i tilfeller der det i rapporten fra sykehuset også ligger forhåndsbeslutninger om tjenestetilbud til pasienten. Forhåndsbeslutninger erfares som en gjennomgående utfordring som synes å være truende for likeverd i samhandlingen rundt informasjonsflyten. Funnene kan tyde på et behov hos informantene for større og tydeligere anerkjennelse i samhandlingen.

Konklusjon

I denne studien har vi hatt til hensikt å belyse informasjonsflyt i overføring av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helsetjenester, gjennom å fortolke erfaringer fra saksbehandlere i forvaltningsnivået TK.

Studien viser flere utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom sykehus og TK. Saksbehandlerne erfarte at rapporter og informasjoner hadde fokus på behandling og diagnose, mens deres informasjonsbehov var knyttet til funksjonsnivå og helseopplysninger. Erfaringene kan forstås i lys av ulike perspektiver i informasjonen. Frustrasjoner rundt ulikt fokus skapte også behov for ekstra kontroll, hvilket resulterte i utstrakt bruk av uformelle prosedyrer.

Funnene viser et ønske om større dialog og gjensidighet, samt anerkjennelse av kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Til videre forskning foreslås en større studie der alle kommunikasjonslinjene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester utforskes, gjerne med søkelys på pasientsikkerhet.

Litteratur

- Aase, K., Laugland, K. A., Dyrstad, D. N. & Storm, M. (2013). Quality and safety in transition care of the elderly: the study protocol of a case study research design. *BMJ open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003506>
- Alter, S. (2006). *The work system method: Connecting people, processes, and IT for business results*. Larkspur, CA: Work System Press.
- Bruvik, F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12(60613), 10-4220. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Danielsen, B. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1):28–35. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0021>
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dagstad, J. & Eide, H. (2018). Tillitsmodellen – hovedpiloting Oslo kommune 2017-18. USN skriftsserie 4, 2018. ISBN: 978-82- 206-496-6
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2016). Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner. I Amdam I, Bergem R, Balvik F.O. (Red.), *Offentlig sektor i endring, Fjordantologien 2016*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjevjon, E. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, vol 1 (1). <https://doi.org/10.18261/issn.2387 - 5984>
- Gjevjon, E. & Rømøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene?* Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010, nr.10
- Granheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24: 105 – 112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

- Granheim, U. H., Lindgren B. M. & Lundman B (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56 (2017) 29–34.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Grimsmo, A., Kirchoff R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17 (3) 3-12
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I., & Steinsbakk, A. (2016). Helhetlig pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning* vol 2 (2): 78 – 87
<https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-02>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenester. Sykepleiernes erfaringer*. Telemrksforskning, rapport nr. 362.
- Handeland, J. A. & Tveit, B. (2015). Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning* 11 (1), 35 –48
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity and care. *International journal of integrated care*. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. Tjora og Melby (Red.) *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I R. Hellesø. & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 153–176). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
<https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>
- Hellesø, R. & Olsen, R. M. (2019). *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- HOD. (2008-2009). *Rett behandling på rett sted-til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet: St.meld.nr 47 (2008 -2009). Samhandlingsreformen.
- Håland, E. & Osmundsen, T. C. (2015). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold; samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske organisasjonsstudier* 3 (17):63-85
- Kassah, L. L., Tønnessen, S. & Tingvold, W. A. (2014). Samhandlingsreformen – utfordringer, løsninger og implikasjoner. I Kassah & Kassah: *Samhandlingsreformen under lupen – kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Killie, P. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Open Access*.
<https://doi.org/10.7557/14.4052>

- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner (Doktoravhandling)*. Karlstad Universitet, Karlstad.
- Kirchhoff, J. (2013). *Fra vedtak til tjeneste. Om utforming av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester*. Fredrikstad: Rapport fra prosjekt i Østfold.
- Laugaland, K. A. & Aase, K. (2018). Sikkerhet i sykehusutskrivelse av eldre. I Aase K (Red): *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Leonardsen, A. K. (2021). Utfordringer med å skape sammenhengende helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), s.97 – 100. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-08>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martiniussen, P. E. (2013). Referral quality and the cooperation between hospital physician and general practice – the role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal and public health*, 41:874 – 882 <https://doi.org/10.1177/1403494813498951>
- Melby, L., Hellesø, R. & Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for den norske legeforening*; 130: 1037-1039 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0130>
- Melby, L., Brattheim, B. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspective. *Journal of clinical Nursing*; 24: 3389 – 3399. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Melby, L., Hellesø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I R. Helles. & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>
Lisens: CC BY 4.0
- Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5 (3), 239 – 252
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of integrated Care*; 13:2008. <https://doi.org/10.5334/ijic.858>
- Røstad, T., Garåsen H., Steinsbekk, A., Slettevold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centered care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health service Research*: 13, 121. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*; 18: 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- Schibeavaag, L., Laugaland, K. A. & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (red): *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Skorpen, T. A., Kvangarsnes, M. & Hole, T. (2017). Helsepersonells erfaringer med pasientforløp i kommuner i Vest-Norge. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*; 13 (2) <http://dx.doi.org/10.7557/14.4273>
- Sogstad, M. K. R. & Bergland, A. (2021). Sårbare sammenhenger i helse-og omsorgstjenesten til eldre pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 7 (82), s. 9 – 28. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5985-2021-02-02>
- Sundt, S. (2010). *Bestiller – utførermodellen som styringsinstrument i verdibaserte tjenester*. Masteroppgave i endringsledelse. Universitetet i Stavanger.
- Svendsen, L. (2017). *Helsehusets plass i et sømløst pasientforløp*. (Masteroppgave i avansert klinisk sykepleie). Lovisenberg Diakonale Høgskole, Oslo.
- Syse, A., Øien, H., Solheim, M. B. & Jakobsen, N. (2015). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse og omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 18 (3): 211 – 233.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvold, W. A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten> <https://doi.org/10.4226/sykepleienf.2016.56496>
- Ugland, K. (2011). *Hvordan opplever sykepleiere samhandling ved overføring av eldre pasienter til eget hjem?* (Master i helsevitenskap). Universitetet i Agder, Grimstad
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd – hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. NOVA Rapport 22/2007.
- Vabø, M. (2011). Changing governance, changing needs interpretations – implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 31(3/4): 197 – 208. <https://doi.org/10.1108/01443331111120618>
- Vabø, M. & Vabø, S. I. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. *State University of New York Press, Albany*.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning* 21 (2):119 – 147. ISSN online: 2464-3076. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandlers oversettelse fra behov til tiltak. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4(1):27 – 39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>