

Hvordan opplever sykepleiere samhandling ved overføring av eldre pasienter fra sykehus til eget hjem?

Sammenbinding

Kristin Ugland

Veileder

Elin Thygesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet I Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de Metoder som er anvendt og konklusjoner som er trukket

Ord i sammenbindingen: 6296

Universitetet i Agder, 2011-05-08

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Fakultet for sykepleievitenskap

FORORD

Høsten 2009 begynte jeg på masterstudiet i klinisk sykepleievitenskap på Universitetet i Agder, og det har vært en spennende og krevende prosess.

Til daglig arbeider jeg i kommunehelsetjenesten, og det ble dermed naturlig å bruke problemstilling derfra. Overføringer av pasienter er en stor del av sykepleiers hverdag og det er mange utfordringer knyttet til det. Ved oppstart av studiet var st. meld. nr. 47, samhandlingsreformen, på trappene, noe som gav meg inspirasjon til å se på problemstilling knyttet til reformen.

Studien er forfattet som en vitenskapelig artikkel med innledende sammenbinding, som beskriver teoretisk forankring og metodologisk design.

Masterstudiet og masterprosjektet har for meg vært en prosess som har vært både lærerik og inspirerende, men også til tider tung. Teorien i studien er forankret i Meleis' "transition" teori, som omhandler hvordan overgangsfaser. Mot slutten av studiet opplevde jeg problemer med hjertet og paradoksalt møtte jeg selv en slik overgangsfase.

Takk til min kjære samboer som har hatt forståelse for arbeidet mitt og vært tålmodig med meg i hele prosessen. Takk til Elin Thygesen, som var veileder, og sist, men ikke minst, mine 3 små barn som har vært så tålmodige mens jeg har studert.

Kristiansand, 2011

Kristin Ugland

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1.	bakgrunn og forforståelse	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
2.0	”Transition”teori	2
2.1	ulike typer overganger beskrevet av Meleis:	3
2.2	Egenskaper ved overganger:	4
2.3	Tematisk teori	5
2.3.1	St.meld. nr. 47	5
2.3.2	St.meld. nr. 25 (2005-2006) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).....	5
2.3.4	Elin-k.....	7
2.4	Tidligere forskning.....	7
2.4.1	Kommunikasjonsutfordringer	7
2.4.2	Papir- og elektronisk informasjonsoverføring	8
2.4.3	Reinnleggelser.....	9
3.0	METODE	10
3.2	Hermeneutikk	11
3.3	7-trinns modellen for forskningsprosessen.....	12
3.4	Inkludering av informanter.....	13
3.5	Gjennomføring av intervjuer	13
3.6	Intervjuenes form	14
3.7	Etiske overveielser	14
3.8	Analyse av data	14
4.0	METODEDISKUSJON	15
4.1	Reliabilitet og validitet	16
4.1.1	Reliabilitet.....	16
4.1.2	Validitet.....	16
4.2	Metodekritikk.....	17
5.0	KONKLUSJON	18
	LITTERATURLISTE	19

1.0 INTRODUKSJON

1.1. bakgrunn og forforståelse

Mangel på kommunikasjon mellom ulike helseinstanser eller for sen informasjonsutveksling oppleves som et vanlig problem i helsevesenet. Det kan føre til ekstra belastning for pasientene og i verste fall feilmedisinering/feilbehandling (Danielsen, 2010). Ved utskrivelse fra sykehus trenger hjemmesykepleier opplysninger for å kunne følge opp pasienten og gi riktig behandling og pleie.

På bakgrunn av arbeidserfaring har jeg sett problemer i forhold til overføring av pasienter, henholdsvis pasienter som er skrevet ut fra sykehus og til kommunehelsetjenesten. Det hender at pasienter har kommet hjem fra sykehus for viderebehandling og rehabilitering med lite eller ingen informasjon om videre behandlingsforløp. Det hender også at informasjonen uteblir helt. Det er ofte ingen tydelig felles forståelse mellom kommunehelsetjenesten og sykehus i forhold til hva som synes viktig av informasjon (Danielsen, 2010), og det er en fraværende informasjonsflyt mellom de ulike tjenestenivåene.

Manglende samhandling omkring overføring av pasienter er et problem som har vært i søkelyset en god stund. Pasienter blir skrevet tidligere ut av sykehus og er dårligere enn før. Dermed er det spesielt viktig å ha god og nok informasjon om pasienten. (st.meld. nr. 47). Det arbeides aktivt med å utarbeide samhandlingsverktøy slik at flyt av informasjon skal gå elektronisk.

Valg av tema ble ikke vanskelig, da samhandling i helsevesenet og overføring av pasienter går hånd i hånd og er en stor del av hverdagen til sykepleierne. Erfaringsmessig har jeg sett hvor vanskelig det kan være å gi god pleie og omsorg når det mangler informasjon. Studien ønskes besvart ved å vite hva sykepleiere i praksis opplever i forhold til overføring. Designet er kvalitativt med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

1.2 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt var å finne ut hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten og sykehus opplever samhandling ved overføringer av pasienter mellom sykehus og hjemmesykepleie. Målet var å finne hva som gjør at det til tider kan bli vanskelig.

Problemstillingen i studien er derfor:

”Hvordan opplever sykepleiere samhandling ved overføring av eldre pasienter fra sykehus til eget hjem”?

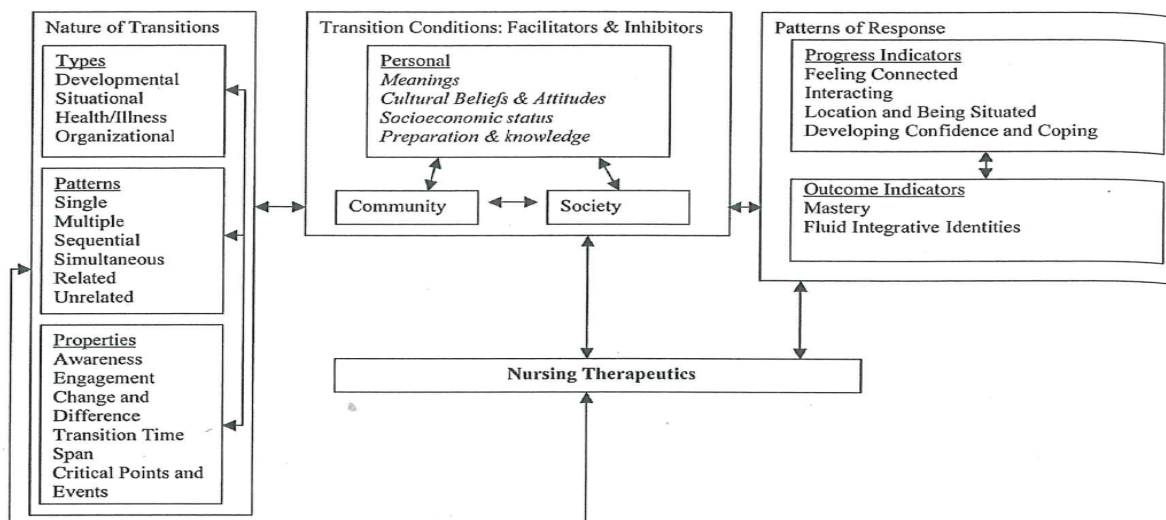
2.0 ”Transition”teori

På bakgrunn av økning av antall kronisk syke og eldre, vil dermed brukerne av helsetjenester ofte gå gjennom overgangsfaser. Overganger og overføringer går hånd i hånd, og dermed var ”middle-range” teorien til Meleis et godt rammeverk for studien. Chick & Meleis (1994) sier at å hjelpe i overganger er en nøkkelfunksjon i all sykepleie (Chick & Meleis, 1994).

Chick og Meleis (1986, s. 237) definerer transitions som: “The passage or movement from one state, condition or place to another”. Alle overganger karakteriseres av flyt og bevegelse over en tid. Meleis beskrev i 1975 ”transition” (overganger) som et sentralt begrep i sykepleie. Sykepleie-pasient møtet skjer ofte i forbindelse med overganger som medfører ustabilitet og innebærer en forandring i helse for pasienten. Sykepleier kan bidra til å lette overgangene for pasienten ved å forstå de egenskaper og vilkår som inngår i en overgangsprosess.

Meleis (2010) har utviklet en modell som viser hvilke ”transitions” (overgangsfaser), pasienter kan møte og hva sykepleier kan gjøre av intervensjoner for at overgangen blir så god som mulig. For at pasienten skal få en god overgang er det viktig å se på hvordan sykepleier kan være i forkant for å møte pasienten i overgangsfasen. Studien rettes mot de situasjonelle overgangene, som i studien, når pasienten skrives ut fra sykehus til eget hjem.

Modellens tre hovedelementer vist i modellen:



2.1 ulike typer overganger beskrevet av Meleis:

Meleis beskriver ulike typer overgangsfaser;

- Utviklingsmessige overganger. Kjentetegnes av menneskelig utvikling i ulike faser, endringer i livssyklus.
- Situasjonelle overganger. Overganger som preges av forflytning fra ett sted til et annet, og er den overgangen som er aktuell for studien. I situasjonelle overganger inngår også utdanning og immigrasjon.
- Overganger fra å helse til sykdom, som preges av forandringen fra å være friskt til å få en sykdom som kan hemme de ellers hverdagslige aktiviteter som tidligere inngikk i det daglige liv.
- Organisatoriske overganger. Overgangene handler mest om profesjonelle overganger.

Mønstre: Meleis (2010) beskriver ulike mønstre ved overganger. Overgangene kan opptre enkeltvis eller som flere overganger samtidig. Disse kan oppstå i sekvenser, eller simultant. Hun skriver videre at de ulike overgangene kan være urelaterte eller relaterte til hverandre. Pasienter som blir utskrevet fra sykehus med en ny diagnose kan være i en slik overgang. Dersom pasienten ikke har oppfattet alvorret i sin nye situasjon kan overgangen fra sykehus til hjem bli vanskeligere, og pasienten har ofte mange ubesvarte spørsmål.

2.2 Egenskaper ved overganger:

- ”Awareness”, viser til viktigheten om at pasienten har kunnskap og er klar over at det skjer en overgang, og ikke neglisjerer den, (Meleis, 2010) .
- Engasjement, ved at pasienten viser interesse og engasjerer seg i prosessen ved å søke kunnskap og ser på andre i samme situasjon og endrer aktiviteter. Meleis (2010) sier at uten ”awareness” kan pasienten heller ikke ha engasjement, og uten engasjement kan han heller ikke ha ”awareness”. Eksempelvis; en pasient som ikke vedkjenner seg sin KOLS, vil neppe anse røyking som problematisk.
- Forandring og forskjell. Alle overganger bærer preg av en forandring, men ikke alle forandringer er relatert til overganger. Forandringer er for eksempel å skrives ut fra sykehus med helsepersonell rundt seg hele tiden til eget hjem, hvor det ikke er noen til stede hele tiden.
- Tidsspenn. Alle overganger kan være preget av tidsspenn og bevegelse over en tid. Det kan være vanskelig for en pasient å komme hjem med en diagnose som vil prege livet hans. Pasienten kan gå gjennom en tid med forvirring og uvitenhet, til å godta situasjonen og begynne på nytt.
- Kritiske merkedager er også typiske overgangsfaser. Dette kan være ved et dødsfall, en fødsel. Merkedager som vil huskes.

Forutsetninger ved overganger: Overganger kan være preget av både personlige, kulturelle, sosioøkonomiske og kunnskapsmessige faktorer. Disse kan enten fremme eller hemme overgangen (Meleis, 2010). Sykepleier tilrettelegger for at pasienten kan få den hjelp han trenger når han kommer hjem fra sykehus, være tilstede og imøtekomme for de spørsmål som måtte komme. Dersom sykepleier har kunnskap om hva som har skjedd, hvilken behandling pasienten har fått og videre forløp vil pasienten kunne føle seg trygg på sykepleiers kunnskap. Dette kan fremme mestring. Sykepleier kan legge grunnlaget for at pasienten mestrer og utvikler kunnskap om den nye situasjonen, og føle seg sett og forstått.

Responsmønster: Meleis (2010) sier at prosessindikatorer er følgende; følelse av tilknytning og interaksjon, finne sin plass og utvikle selvtillit og mestring.

Utfallsindikatoren: Mestring og en opplevelse av at en ny og integrert identitet (Meleis, 2010).

I følge Meleis (2010) vil de personlige faktorene påvirkes av ting i lokalsamfunn og samfunnet for øvrig. Disse blir igjen påvirket av sykepleien som gis.

2.3 Tematisk teori

På bakgrunn av politiske dokumenter og stortingsmeldinger ligger det mye sykepleieforskning. Dermed synes det viktig å få fram noe av hva dokumentene sier i forhold til problemstillingen.

2.3.1 St.meld. nr. 47

Andelen personer mellom 67-79 år forventes økt med 74% og andelen over 80 år med nesten 25% innen år 2030. Sykdomsbildet vil endre seg, det blir flere pasienter med kroniske sykdommer og høyere utdanningsnivå. Flere vil ha behov for koordinerte tjenester. Det er mange utfordringer i dagens helsetjeneste som stiller krav til kvalitet, effektivitet og sikkerhet. Pasienten skal ha et helhetlig forløp i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette ble det fremmet forslag om en ny reform, samhandlingsreformen, som skulle dekke pasientenes kommende behov og krav. Samhandling defineres som; ”samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (st.meld. nr. 47 (2008-2009)). I dag er tjenestene fragmenterte og preget av lite informasjonsflyt og samhandling (st.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Et sentralt element ved reformen er at kommunene skal overta pasientene tidligere enn før. Sykehussektoren skal ivareta pasienter under behandling, for å sende dem raskt hjem til kommunene for at de kan fortsette behandlingen der. Pasientens behov skal bli ivaretatt på best mulig måte. Et uttalt mål er at dette skal gi en samfunnsøkonomisk gevinst, utviske forskjeller, gi lik behandling for alle uansett sosial status (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

2.3.2 St.meld. nr. 25 (2005-2006) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Den kommunale omsorgstjenesten er i dag større enn sykehussektoren. Derfor vurderes den kommunale omsorgstjenestens kapasitet og innhold i møte med framtidens omsorgsutfordringer i forhold til en sterkt voksende eldre befolkning (st.meld. nr.25(2005-2006)).

Regjeringens hovedstrategi for å møte omsorgsutfordringene er å utnytte den stabile perioden vi nå har foran oss fram mot en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og for å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehovet mot år 2030. Noen kommuner vil møte utfordringene tidligere, men allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging. Dette ved å foreta investeringer i forebyggende tiltak, økt kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg. Det er fremmet 5 strategiske tiltak for å møte utfordringene:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Helsetjenestene er preget av:

- Desentralisering: Fra fylke og stat til kommune: Ansvar for en rekke oppgaver er overført til kommunene fra statlig og fylkeskommunalt forvaltningsnivå.
- Integrering: Fra særomsorg til fellesløsninger: Det har skjedd en nedbygging av segregert særomsorg og institusjoner til fordel for integrerte hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet.
- Avinstitusjonalisering: Fra institusjon til hjemmetjenester: Grensene mellom syke- og aldershjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester viskes mer og mer ut, og ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjeneste smelter sammen. Om disse utviklingstrekkene skal fortsette og om de lar seg kombinere med mulige nye utviklingstrekk knyttet til internasjonalisering og kommersialisering, blir viktige spørsmål ved utformingen av framtidens omsorgstjenester.

Utfordringene i framtiden vil være knyttet til :

- Nye brukergrupper men yngre brukere med nedsatt funksjonsevne.
- Aldring, økt antall eldre.
- Fokus på kompetanse og aldring, med spesielt vekt på demens og sammensatte lidelser, samt en generasjon med bedre helse, bedre økonomi og høyere utdanning.
- Knapphet på omsorgsytere. Ingen økt arbeidskraft som følge av alderssammensetningen.
- Medisinsk oppfølging. Det er behov for tverrfaglig og medisinsk oppfølging på grunnlag av flere og kroniske lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestebehov.
- Aktiv omsorg. Større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper.

På bakgrunn av st.meld. nr. 25 bygger nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) på st.meld. nr. 25 sine grep som kan bli kjennetegn på framtidens omsorgstjenestetilbud. Grepene kan også gi planleggingen riktig retning og innhold. Omsorgsplanen forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.

2.3.4 Elin-k

På bakgrunn av samhandlingsreformens krav har ELEktronisk INformasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i Kommunene (Elin-k prosjektet) Norsk Sykepleieforbund (NSF) og Kommunenes Sentralforbund (KS) samarbeidet om et informasjonsutvekslings prosjekt (Elin-k). Prosjektet bygget på 1 forprosjekt, 1 hovedprosjekt fase 1 (pleie- og omsorgstjenester og fastleger, og hovedprosjekt fase 2 (pleie- og omsorgstjenester og sykehus). Det overordnede målet til Elin-k er å sikre pasienter et helhetlig behandlingsforløp gjennom elektronisk kommunikasjon mellom de ulike aktører i helse- og omsorgskjeden. For at dette skal sikres må alle IKT systemer baseres på en felles faglig standard og struktur (Elin-k). Forprosjektet kartla, beskrev og koordinerte sykepleiefaglige krav til elektronisk kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenester i kommuner, sykehus og fastlegene. Et delmål i forprosjektet var å bedre sykepleiefaglig innhold og struktur og utarbeide krav for funksjonalitet, presentasjon samt brukervennlighet. Dette for at sykepleiere skal kunne kommunisere med hverandre på tvers av organisasjoner. 9 kommuner, 16 legesenter og 5 sykehus var pilotaktører. Alle meldinger bortsett fra utskrivingsrapport er pilotert og godkjent. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av pleie og omsorgsmeldinger (PLO) for å sikre korrekt anvendelse. Elin-k prosjektet er i drift i 3 av sykehusene og 4 av kommunene som var pilotaktører.

2.4 Tidligere forskning

Søkeordene for tidligere forskning var : ”transfer”, ”community”, ”hospital”, ”cooperation”, ”nursing”, ”nurse”, ”patient”. Databasene som ble brukt var BIBSYS ask, Ebsco, Norske tidsskriftartikler, Idunn.no, svemed, pubmed og google scholar. Søkeprosessen har vært en prosess som har fortsatt fra begynnelsen av prosjektet og helt til slutfasen. Det er gjort mange studier i forhold til overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Det presenteres i studien hovedsakelig norsk forskning, på grunnlag av endring i den Norske omsorgsstrukturen. Det er vektlagt kommunikative utfordringer, papir- og elektronisk informasjonsutveksling og reinnleggelser. Bakgrunnen for at disse er valgt er fordi de legger grunnlaget for om pasienten skal få en god overføring, og studier viser at dersom overføringen ikke er tilrettelagt, vil det være en risiko for at pasienten reinnlegges, noe som er lite samfunnsøkonomisk og lite gunstig for pasienten.

2.4.1 Kommunikasjonsutfordringer

Danielsen, (2010) undersøkte samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten for å identifisere faglige, organisatoriske og verdimeslige utfordringer i forbindelse med overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Det utpekte seg store forskjeller mellom kommune og sykehus i forhold til

formelle avtaler, vurdering av hjelpebehov etter sykehusopphold, motsetninger i forhold til behandling på LEON-prinsippet, utskrivinger mot helg og lite effektiv kommunikasjon. Studien var basert på tre fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra sengepost i sykehus og med hjemmesykepleiere og forvaltning i kommunen. I tillegg til fokusgruppeintervju ble det benyttet journalgranskning. Studien viste flere svikt i overføringen, dog synes den kommunikative svikten som størst i forhold til pasientsikkerhet. Den registrerte kontakten i journalgranskningen synes minimal i forhold til fokusgruppeintervjuene, og viste at det inneholdt mest informasjon vedrørende utreisedato, avklaring av hjemmesituasjon, søknad om sykehjem, hjemmebesøk og økt hjemmesykepleie. Det var også et problem at kommunens forvaltning kun har åpent fastsatte tider, og sykehuset ikke hadde mulighet til å få kontakt utover dette, mens sykehuset derimot alltid var tilgjengelig. Overføring av dokumentasjon fra sykehuset gikk via post, noe som var problematisk da det kunne ta lang tid. I den delen av Norge studien ble foretatt i synes elektronisk overføring av informasjon å ligge langt fram i tid. Studien konkluderte med at det er store forskjeller mellom kommune og sykehus. Kommunikasjonen er basert på sen postgang og dårlige telefonrutiner som kan føre til risikofylte overføringer. Kommunikasjonen fungerer likevel, på grunnlag av sykepleieres fleksibilitet og skjønn. Den faglige utfordringen er at sykepleiere må øke oppmerksomheten rundt kunnskapsoverføring om pasientens tilstand og behov og den verdimesige utfordringen som er en erkjennelse av at samhandlingen må bygge på gjensidig respekt og tillit for å få til et bedre samarbeid (Danielsen, 2010).

Garåsen (2008) studerte kvaliteten på den skriftlige dokumentasjonen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Utvalget var 100 innleggelsesskriv og epikriser vedrørende pasienter over 75 år. Formålet var å evaluere kvaliteten på informasjonsutvekslingen og vurdere pasientens medisinske nytte av sykehusoppholdet. Et ekspertpanel fra spesialisthelsetjenesten og kommunen vurderte dokumentene. Funnene var at innleggelsesskrivene manglet såpass mye informasjon at det kunne utgjøre en helserisiko for pasientene, det var også dårlig samsvar mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i forståelsen på hva som var god kvalitet på innleggelsesskriv og epikriser. Studien viste også uenighet i hvilke pasienter som hadde nytte av sykehusoppholdet. I epikriser fra sykehus hadde bare halvparten utfyllende beskrivelse av ADL, og en av fire epikriser beskrev ikke hvem som hadde ansvar for oppfølging av pasienten eller hva som skulle følges opp etter utskrivelse.

2.4.2 Papir- og elektronisk informasjonsoverføring

Hellesø et al. (2005) undersøkte og sammenlignet hvordan sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleie vurderte kvaliteten på utskrivingsrapporter før og etter implementering av elektronisk pasient journal (EPJ). Designet var prospektivt, deskriptivt og basert på spørreskjema før og etter implementering av EPJ. Sykepleiere i sykehus og kommune besvarte hvordan de opplevde informasjonsutveksling ved

utskrivning når pasienter trengte hjemmesykepleie etter hjemkomst. Det ble samtidig undersøkt hvordan sykepleiesammenfatningene fra sykehus ble forfattet og om de formidlet pasientens behov. Funnene i studien viste at det er ulikt behov for informasjon dersom sykepleiere arbeider i sykehus eller i hjemmesykepleien. Det er også organisatoriske utfordringer som gjør at det er behov for ulik struktur og innhold i dokumentene, noe funnene i studien ser som potensiale for utvikling.

Hellesø et al. (2010) sammenlignet omfang og innhold i de skriftlige utskrivingsrapportene med de elektroniske. Studien viste at de elektroniske rapportene var lengre enn de papirbaserte og i sykepleiernes del av rapporten var det en økning på 43%. Studien viste at kommunehelsetjenesten mottok lengre rapporter fra sykehuset. Sykepleierne dokumenterte mer under kategorien "status" som kunne tydeliggjøre endringer fra innkomst til utskrivning. Det ble også mer system over hvem som er pasientens fastlege, pasientansvarlig lege, sykepleier, samt mer oversikt over innleggelses- og utskrivingsrapport.

Satzinger et al. (2005) studerte innføringen av et kommunikasjonsverktøy mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i Tyskland. Dette ble forsøkt innført på bakgrunn av fragmenterte tjenester og for å forbedre pleien for pasienter som trengte koordinerte tjenester av både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Konklusjonen på studien var at det var få som brukte dette aktivt etter to år, og det synes vanskelig å implementere nye kommunikasjonsverktøy i helsevesenet.

2.4.3 Reinnleggelser

Spehar et al. (2005) definerer "seamless care" (sømløs omsorg), som en glidende overgang fra sykehus til hjem, noe som er nødvendig for at pasienten skal få en god overføring. Studiens funn var at pasienter møter en signifikant risiko for reinnleggelser fordi ingen koordinerer overføringen. Manglende kontinuitet er den mest kritiske faktoren når pasienten skal overflyttes til eget hjem, og dette kan føre til unødvendig reinnleggelse. Studien fant at det utpekte seg en pasientkarakteristikk og organisatoriske faktorer som grunnlag for reinnleggelser, samt for å unngå reinnleggelser må kommunikasjonen og kontinuiteten mellom sykehus og kommunehelsetjenester bedres, slik at pasienten skal føle trygghet og ivaretagelse etter utskrivning.

På bakgrunn av økende antall eldre i befolkningen studerte Bauer et al. (2009) utskrivingsprosessen i forhold til hva som var god praksis for eldre syke og familien deres. Studien presenterte også i hvilken grad utskrivelsesprosessen kunne føre til ugunstige utfall og økt antall reinnleggelser. For å unngå reinnleggelser bør planleggingen begynne allerede når pasienten blir innlagt, fordi eldre ofte har mer enn et medisinsk problem, ofte kognitiv svikt, funksjonssvikt og det krever tilrettelegging i hjemmemiljø. Studien viser at dersom familien inkluderes i utskrivingsplanleggingen vil det kunne redusere lengden på sykehusoppholdet og redusere sjansen for reinnleggelser. utskrivelsen krever god

planlegging, kommunikasjon med familien, og kommunikasjonen må begynne i god tid før utskrivelse for å få en vellykket utskrivelse.

3.0 METODE

Forskningsspørsmålet bestemmer metoden (Polit & Beck (2010)). Erfaring om praksisorienterte fenomen er ikke målbare, slik at dersom det ønskes å forstå et praksisfenomen er kvalitativ metode godt egnet. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ordet kvalitet viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. Kvalitative metoder brukes dersom man ønsker å skaffe data som karakteriserer et fenomen. (Dalland, 2007).

Kvalitative metoder handler om å karakterisere representativt eller noe typisk for et fenomen/forhold. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, egenskapene eller karaktertrekk ved fenomenene (Repstad, 1993). Kvalitative metoder tar sikte på å avdekke deltakernes egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte (Aadland, 1997). Hensikten med studien er å få tak i kunnskap, opplevelser og erfaringer direkte fra sykepleiere som erfarer fenomenet.

Studien er basert på kvalitative intervjuer med fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming fordi det er ønskelig å finne ut hvordan informantene opplever samhandling ved overføring av pasienter på en måte hvor bare de som erfarer dette ser det. Meleis (2007) beskriver viktigheten med å ta utgangspunkt i ulike vitenskapsfilosofiske tilnæringsmåter ved utvikling av kunnskap om sykepleiefenomener.

En fenomenologisk tilnærming er utbredt i kvalitativ forskning, og studien er bygget opp på Kvale (1997) 7-trinns modell for forskningsprosessen.

3.1 Fenomenologi.

Fenomenologien er læren om det som viser seg, det som kan erfares og læren om å tyde livet slik det leves og erfares ut fra menneskers livsverden. Fenomenologiens grunnlegger er Edmund Husserl (1859-1938), videreutviklet som eksistensfilosofi av Martin Heidegger og senere i eksistensialistisk og dialektisk retring av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Husserl, 1997). Husserl og Heidegger utvidet fenomenologien også til å omfatte menneskers "Livsverden". Fenomenologi betyr "læren om fenomenene" (Kvale og Brinkmann, 2009). Den er opptatt av å beskrive og trenge inn til fenomenenes vesen eller betydning. I en fenomenologisk tilnærming er forsker opptatt av å søke kunnskap om et fenomen ved å utforske fenomenet. Hensikten med å bruke en fenomenologisk tilnæringsmåte i studien er å komme fram til ny kunnskap om fenomenet overførings egenart og særpreg. Når forsker forsøker å finne ut av opplevelsen hvordan sykepleier opplever samhandling ved overføringer, er det

viktig at informantenes subjektive utsagn, tanker, følelser, meninger kommer fram. Forsker ønsket å se saken slik den framstod gjennom informantenes øyne (Kvale og Brinkman, 2009).

Hensikten med en fenomenologisk tilnæringsmåte er å komme fram til kunnskap om det særegne omkring fenomenet. Det er derimot ikke mulig å komme fram til en absolutt sannhet om fenomenene gjennom tolkning. Vi vil alltid legge til eller trekke fra noe som ikke er der i virkeligheten, men gjennom å veksle mellom observasjon og refleksjon kan vi i det minste oppnå noe mer eller mindre god innsikt i fenomens egenart og dypereliggende mening.

3.2 Hermeneutikk

Den fenomenologiske tilnæringsmåten inngår ofte i en hermeneutisk forskningstilnærming.

Hermeneutikk er læren om tolkning og tyding av tekster. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) har en sentral plass i hermeneutikken. Gadamer er inspirert av Heideggers analyse av den menneskelige væremåte, som Gadamer overfører til språket. Gadamer var også inspirert av Hegel og Platon.

Grunntanken til Gadamer er; “spørsmålet er ikke hvad vi gjør, ikke hvad vi skal gjøre, men derimod hvad der sker med os ud over det, vi bevidst vil og gjør” (Gadamer, 2004).

Hermeneutikken er først og fremst en teori om forståelse av betydninger i tekst, tale eller av atferd (Polit og Beck, 2010). Formålet med hermeneutisk fortolkning er å nå frem til en gyldig og allmenn forståelse og meningen av tekstens betydning (Kvale, 1997).

Intervjuene vil være empirien i studien, og det informantene meddeler vil være den kunnskapen som blir tilegnet når data blir fortolket. Hermeneutikken dreier seg om å fortolke og forstå (Gadamer, 2004), slik at forsker må lytte nøye til det informantene sier. Kvale, (1997) sier at kvalitative intervjuer er å forstå informantenes opplevelser slik de selv ser det.

Fenomenologi og hermeneutikk er filosofiske tradisjoner, der forskeren forsøker å beskrive menneskets oppfattelse og opplevelse av verden, og hvordan vi fortolker egne og andres opplevelse (Kvale, 1997)).

Når målet er å leve seg mest mulig inn i informantenes opplevelse og forstå dem ut fra deres premisser, er kvalitativ metode godt egnet. For å forstå enkeltdelene i en meningssammenheng må en ha en forforståelse av helheten disse delene hører hjemme i. Den nye erkjennelsen man får ved utforskning av delene gjør at helhetsforståelsen blir utvidet. Fordi helhetsforståelsen blir utvidet, ser man flere deler, som utgjør en ny helhet. Denne vekslingen mellom deler og helhet kalles den hermeneutiske sirkel eller

hermeneutiske spiral. Dermed unngår en forestillinger om at forståelsen er endelig og lukket. Vi utvikler stadig nye forforståelser av hvordan menneskene er. Spiralen er i kontinuerlig utvikling og blir stadig mer helhetlig (Aadland, 1997). Problemstillingen og prosjektbeskrivelsen var utformet på bakgrunn av erfaring og tidligere forskning, slik at spiralen allerede da hadde begynt å utvikle seg. Ved å lese forskningslitteratur og artikler som omhandlet tema fikk den hermeneutiske spiral nye vinklinger. Enkeltdelene ble satt sammen til en større og større helhet som resulterte i en dypere forståelse rundt problemstillingen.

”En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel. Det vil også fokuseres på virkningen av forutantakelser både de som har med den intervjuedes svar å gjøre og de forutantakelser som ligger bak intervjuerens spørsmål” (Kvale, 1997:81).

En forutsetning for å benytte og forstå en hermeneutisk innfallsvinkel til å tolke og forstå er at forsker har selvinnsett i egen forforståelse. Prosessen ble derfor startet med en kritisk klargjøring av egne holdninger og verdier (Aadland, 1997, s. 167).

Studien ønsker å få tak i hvordan sykepleiere i praksisfeltet opplever problemstillingen, og det er derfor vesentlig at informantenes subjektive utsagn, tanker, følelser, meninger kommer fram slik de selv opplever det ut fra erfaring.

3.3 7-trinns modellen for forskningsprosessen

Kvale og Brinkmann (2009) presenterer en 7-trinns modell, som starter fra undersøkelsens begynnelse til studiens slutt. De 7 stadier presenteres følgende:

- Tematisering. Formålet med studien formuleres slik at forsker er inneforstått med hvordan dette skal foregå.
- Design (metode). Planlegge hvordan undersøkelsen skal foregå, hva den skal inneholde, hvor den skal foregå, hvor mange informanter skal inngå i studien og etiske aspekter.
- Intervjuet. Her planlegges gjennomføringen av intervjuene ut fra problemstillingen og spørsmål i intervjuguiden.
- Transkribering. Dette er når det muntlige materialet blir oversatt til tekst.
- Analyse. Dette vil si å finne den form for analyse man ønsker å bruke til fortolkning av det materialet man har fått.
- Verifisering. Står resultatet i forhold til problemstillingen?

- Siste stadium i trinnene er dersom studien publiseres i et vitenskaplig tidsskrift.

De 7 stadier er viktige å få klarert før intervjuene begynner slik at prosessen ikke skaper usikkerhet og frustrasjoner underveis i prosessen. (Kvale og Brinkmann, 2009). Modellen ble benyttet for å få en systematisk oppbygging rundt studien.

3.4 Inkludering av informanter

Informantene i studien var sykepleiere hjemmetjenesten i en liten kommune og sykepleiere på ortopedisk avdeling på sykehus. Grunnen til at ortopedisk avdeling ble valgt, var fordi avdelingen ofte har eldre pasienter med brudd, men som kan klare seg selv hjemme med hjemmesykepleie etter utskrivelse. Informantene fra hjemmesykepleien var fra en liten kommune utenfor byen. Grunnen til at det ble valgt en kommune utenfor byen var fordi kommunen ikke er knyttet til Enhet for behov og tjenestetildeling (ebt), som har egne koordinatorsykepleiere som tilrettelegger for overføringer av pasienter. Inklusjonskriteriene var sykepleie erfaring fra over 5 år og helst i en stillingsbrøk som innebærer hovedsakelig dagarbeid, fordi det er da de fleste overføringene foregår. Informantene i kommunehelsetjenesten hadde en gjennomsnitts fartstid på 11,6 år mens informantene i sykehus hadde en fartstid på 5,3 år. Informantene var 4 kvinner og 1 mann.

Leder for hjemmetjenester i kommunen og på sykehus ble kontaktet, og sa seg positive til å finne informanter til studien. Lederne fikk informasjonsskriv om forespørsel om deltakelse i studien samt samtykkeerklæring (vedlegg 1) som ble videreformidlet til informantene og levert tilbake til forsker ved intervjutidspunktet. Ledere for enhetene kontaktet forsker og formidlet de respektive informantene og tidspunkt for anledning for intervju. I forhold til antall informanter sier Kvale (1997, s. 58) ”Intervju så mange personer som er nødvendig for å finne ut det du trenger å vite.” Kvale (1997) sier at den tiden forsker har til å intervjuer bestemmer antallet på informanter. Å intervjuer var ikke så krevende, men derimot var bearbeiding av data et tidskrevende arbeid. Det kan også være en fordel å ha færre informanter og bruke mer tid på forberedelse og analyse av data (Kvale, 1997). Begrepet metning er også et begrep for å avgjøre når det er nok respondenter (Fagermoen, 2005). Hvis informantene beskriver nye erfaringer kan det være hensiktsmessig å inkludere flere informanter, men i studien dekket informantene tema og det kom ikke fram noe nytt ved siste intervju

3.5 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene med hjemmesykepleierne ble gjennomført på et personalrom hos hjemmetjenesten og sykehuset. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt (vedlegg 2).

Båndopptaker ble benyttet under intervjuene og intervjuet ble transkribert umiddelbart etterpå (Kvale & Brinkmann, 2009). Varigheten på intervjuene var litt forskjellige, men det var gjennomsnittlig en samtale på 45 minutter. Intervjuene startet ved at forsker fortalte litt om studien, og gav rom for spørsmål dersom informantene lurte på noe ut fra informasjonsskrivet de hadde mottatt. Forsker startet med å snakke litt rundt studien slik at informanten slappet av og følte seg komfortabel. Det ble ikke nødvendig å avbryte noen av informantene under intervjuene med hensyn til personvern, da det ble avtalt på forhånd at ingen navn eller hendelser som kunne spores skulle nevnes. Det ble ikke tatt notater underveis, da forsker så på dette som et forstyrrende element, og det skulle være mest en mest mulig naturlig samtale. I starten av intervjuingen var de fleste informantene litt brydd over båndopptakeren, men det ble glemt underveis. Alle intervjuene ble gjennomført i informantenes arbeidstid.

3.6 Intervjuenes form

Formen på intervjuene var semistrukturerte, og kjennetegnes ved at ulike tema ønskes dekket ved at forsker legger noen føringer til informanten underveis i intervjuet. En semistrukturert intervju er verken åpen eller lukket, men dekker et eller flere tema som kan inneholde forslag til spørsmål. Intervjuguiden inneholder tema med ulike emner med stikkord som formes til spørsmål. Den angir tema som forsker og informant reflekterer og samtaler rundt. Intervjuguiden ble brukt som et verktøy for å holde samtalen i gang (Kvale, 1997).

3.7 Etiske overveielser

Når forsker bruker informanter i en studie, kreves det etiske overveielser. Det ble søkt Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg 3), fordi det skulle brukes båndopptaker i intervjuene. I påvente av NSD sin behandling, ble det tatt kontakt med feltet. Det ble skriftlig informert om studien og hvordan materialet var tenkt brukt. Informantene ble innhentet via sine ledere. De fikk beskjed om at de kunne trekke seg fra intervjuet når som helst uten å måtte oppgi grunn (Ruyter, 2003). Som forsker gjelder strenge regler for taushetsplikt for all informasjon som mottas under intervjuer. Informantene og forsker ble enige om at det ikke skulle nevnes navn eller hendelser som kunne spores til pasienter eller personer. Alle data om arbeidsplass ble anonymisert før de ble brukt (Dalland, 2007). Informasjon om studien, transkriberte intervjuer og pc var innelåst mens studien pågikk, og alt skriftlig materiale ble makulert når studien ble sendt til sensur.

3.8 Analyse av data

Analysen av data begynte med å lese gjennom det transkriberte materialet mange ganger. Deretter ble

meningsinnholdet sammenfattet, eller meningsfortettet (Kvale, 2009). Prosessen med analysen ble rettet mot tekstens betydning og innhold, og derfor knyttet opp mot fenomenologis tilnærming. Teksten ble tolkes ut fra informantenes forståelse, ikke forskers. Når meningsinnholdet var sammenfattet, ble teksten delt opp i kategorier, ut fra hva informantene hadde sagt, og ble til begreper som indikerte innhold. Samme innhold ble samlet i en kategori, slik at ut fra innholdet ble det flere ulike kategorier og lett å identifisere datamaterialet (vedlegg 4). Kvale og Brinkmann (2009) bruker begrepet meningskategorisering, med dette menes at intervjuet kodes i ulike kategorier.

Når det var identifisert kategorier, var det klart for tolkning. Fortolkningen går ut over meningsstrukturen ved at forsker finner betydninger som ikke fremgår direkte av teksten (Kvale og Brinkmann, 2009). I fortolkningen drar forsker en mening ut av teksten, noe som kan være grunnlag for forskerens forforståelse. Tolkning innebærer å sette fenomenene som studeres inn i en større sammenheng, og bringe inn noe nytt i forhold til de temaene som analyseres (Kvale og Brinkmann, 2009).

Data ble analysert og drøftet opp mot tidligere forskning og teori for å finne ny kunnskap. Studien bekreftet og belyser mangler i samhandlingen mellom de ulike ledd i helsevesenet.

Forsker samlet til slutt materialet om til en helhet. Det var ikke sikkert at delene utgjorde en helhetlig forståelse av materialet. Forsker beveget seg hele tiden mellom del og helhet, satt sammen og delte opp for å forsøke å få en helhetlig forståelse av materialet.

4.0 METODEDISKUSJON

Det er viktig at det fremkommer at forsker har erfaring fra hjemmesykepleien og fenomenet som studeres. I studien var det 2 informanter fra sykehus og 3 informanter i hjemmetjenesten. Forsker var usikker om det var mulig å skille mellom sykepleier og forskerrollen før intervjuene . Dette ble ingen problem.

En kvalitativ metode skal kunne etterprøves, men å etterprøve resultatene i studien kan derimot være vanskelig, da meningene til informantene kan endres på grunnlag av omorganiseringen og utbedring av informasjonsutvekslingen av helsetjenestene.

Forsker redegjør underveis hvordan forskningsprosessen har vært slik at andre skal kunne følge tankegangen. Dette dreier seg om innhenting av informanter, gjennomføring av intervjuer, transkriberingen og valg av analysemetode.

Var den valgte metoden rett for å få svar på spørsmålet? Informantene gav kunnskap om overføringer og problematikken rundt dette. Problemstillingen ble besvart og gav god beskrivelse av samhandlingen ved overføringen. Fenomenologisk tilnærming og kvalitativ metode synes riktig i etterkant.

Informantene hadde like syn på og beskrev de ulike problemstillingene på samme måte. Funnene i studien blir styrket da tidligere forskning viser til liketer med funn i studien. For å få fram mer spontane refleksjoner kunne en fokusgruppe vært aktuelt.

4.1 Reliabilitet og validitet

Kvaliteten i studien vurderes ut fra to kriterier; studiens reliabilitet og validitet. I reliabiliteten (Pålitelighet) ligger forventning om at undersøkelsen er blitt gjennomført konsekvent. Mens validitet (troverdighet) henspeler på leserens mulighet til å følge prosjektet gjennom alle dens faser. Kvale & Brinkmann (2009).

4.1.1 Reliabilitet

Dersom prosessen og innsamlingen av data gir pålitelige svar gir dette en stor grad av reliabilitet (Grønmo, 2004). Reliabilitet handler om hvordan prosessen har vært og om det er lett å følge den. Dette er både ved intervjuene, transkripsjonen og på analysestadiet (Kvale, 1997). Intervjuene var forsøkt åpne slik at informantene skulle kunne snakke åpent om tema, og forsker forsøkte å være objektiv og ikke stille ledende spørsmål. Reliabilitet handler om at man søker å motvirke en tilfeldig subjektivitet (Kvale, 1997;164). Innsamling, bearbeiding og analyse av data har vært gjort grundig for å få en pålitelig undersøkelse. I analysen bygges en bro mellom data fra informantene, annen forskning og teori. Tolkningen av data er subjektiv, men metoden og analysen skal beskrive hvordan resultatet har kommet fram i studien. Dette viser at funnene i forskningen er reliable (pålitelige).

4.1.2 Validitet

Det er god validitet i studien dersom undersøkelsen og innsamlet data er relevant i forhold til problemstillingen, og at data og utsagn er definert systematisk. Dette krever at det er struktur på innsamlet datamateriale. Validitet er i hvilken grad en metode undersøker det den skal undersøke. Problemstillingen ble besvart og tidligere studier støtter opp om funn, og vurderingen av validiteten i studien synes troverdig.

Validiteten henspeler til studiens riktighet og reliabiliteten er forskningsresultatenes validitet (troverdighet) (Kvale, 2001). Forsker har under intervjuene og i framstillingen av resultatene skilt hva som er informasjon fra informantene og hva som er forskers utsagn ved å sette informantenes utsagn i direkte sitater, slik at det skilte seg fra tidligere forskning og forskers forforståelse.

4.2 Metodekritikk

Intervjuprosessen var en av de elementene som modnet mest underveis, og det var stor forskjell i båndopptaket fra det første til det siste intervjuet. I de første intervjuene var forsker veldig ivrig, og det ble endel innskytelser i samtalen. Forsker var i starten redd for pauser, noe som førte til at informanten trolig ikke fikk reflektert nok over det som ble sagt. Dette endret seg betraktelig etterhvert, og informantene fikk bedre tid og pauser til å både svare og reflektere. Dette framgikk klart på båndopptaket. Intervjuguiden ble også moderert underveis, da det var endel spørsmål som gikk i hverandre. Ettersom intervjuene ble transkribert umiddelbart lærte forsker fort hva som skulle endres på til neste intervju. Å lytte til samtalen flere ganger samt transkribere samme dag gav forsker læring i intervjuteknikken.

I kvalitative studier er det en fare for at informanten sier det de tror forsker vil høre, spesielt når de vet hensikten med studien, som ofte henspeiler til en problemstilling. Når det er flere informanter på ett sted, vil det også være en risiko for at de snakker sammen og påvirker hverandre i forkant. Informantene fra kommunehelsetjenesten var alle fra samme arbeidssted, og det kunne være en risiko for at de snakket sammen og påvirket hverandre, samt at leder kunne ha lagt føringer for intervjuet i forkant. Forsker har arbeidserfaring fra hjemmesykepleien, og kjenner feltet og fenomenet, og forsker var bevisst på dette under intervjuene, og forsøkte ikke påvirke eller lede på noe vis.

Studien var tenkt med først 5 informanter fra sykehus, og 5 fra kommunehelsetjenesten, men det ble redusert til 3 fra hver plass. Grunnet stort belegg og tidspress på sykehus ble det kun 2 informanter derfra. Det er usikkert om metningspunktet ble nådd, men samtidig kom det ikke noen ny informasjon ved de siste intervjuene. Det var også interessant å se at sykepleiere hadde samme syn på manglene i studien uavhengig av arbeidssted. Intervjuene varte ca. 45 minutter, noe som gav begrenset med tid til nyansert informasjon, men forsker fikk den informasjonen som dekket tema. Informantene hadde også ulike måter å samtale på. Noen snakket mye og kom inn på ulike tema uten at forsker trengte å gi stikkord, mens andre trengte flere stikkord og mer tid. Intervjuene har gitt mye kunnskap, om både forsker og om fag, og forsker har lært å bruke lengre tid til å lytte når mennesker snakker, for det kan være mer den andre ønsker å formidle, men som ikke kommer fram umiddelbart.

Studien har ikke tatt for seg alle elementer i overføringsprosessen, da pasienten har vært fraværende i studien. Spørsmålet er da om teorien overførbar, da den ikke inkluderer pasienten?

5.0 KONKLUSJON

Å gjøre denne studien har vært en lærerik og inspirerende prosess, men også til tider vanskelig og tung. Intervjuseansene var spennende, og forsker hadde masse energi og inspirasjon. Etter at intervjuene var transkribert og analysen viste funn var det også en stor kilde til inspirasjon. Deretter ble det tungt. Funnene var på plass, men det var en enorm lang vei igjen å gå, og da synes det til tider uoverkommelig. Forskningsprosessen var lang, men det er forståelig at den er det. For å få god forskning som er både troverdig og pålitelig, kreves mye arbeid.

Meleis teori (2010) er tilsynelatende rettet mot sykepleiers funksjon. Samtidig er overføring også pasient-interne prosesser, dermed kunne det ved senere studier vært interessant å undersøke pasientens opplevelser ved overføringssituasjoner for og se om teorien er overførbar.

Modellen til Meleis (2010) beskriver også pasientfaktorer, men dog de ytre faktorene. Teorien påpeker hvilke faktorer i pasient situasjoner som må optimaliseres for at pasienten skal få en god overgang, derimot sier den lite om hva pasienten *selv* skal gjøre. Meleis (2010) har pasienten i sentrum, men teorien sier mest om sykepleiers rolle i overgangsprosesser. Det ville det vært interessant å se på interaksjonen mellom både sykepleier og pasient i overføringssituasjoner for å få et helhetsbilde av teorien.

LITTERATURLISTE

Dalland, O. (2001). *Metode for oppgaveskriving for studenter*. Universitetsforlaget

Gadamer, H.G. (2004). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutic*. Viborg: Systime Academic.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Husserl, E. (1997). *Edmund Husserl, fænomenlogiens idè*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Ad notam Gyldendal.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Meleis, A. I. (1986). *A Nursing Consern*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4. utg. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., Beck, Tatano, C. (2010). *Essentials of Nursing Research, appraising evidence for nursing practice* (7.utg.). Wolters Kluwer Health, Lippincott, Willams & Wilkins.

Repstad, P. (1993) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfagene*. Universitetsforlaget, Oslo.

Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.

Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (Chinn, P.L., ed.), Aspen, Rockville, pp. 237-57. 1986.

Daniselsen, B. (2010) "Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune" *Tidsskrift for Sykepleien* 2010.

Garåsen, H. (2008). The Trondheim model: Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of the intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Trondheim: Norwegian University of science and Technology. Trondheim, 2008.

Hellesø, R., Sorensen, L., Lorensen, M. (2005). Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care* – Vol.5, 8 July 2005- ISSN 1568-4156.

Melby, L., Hellesø, R., Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivingsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Nr. 10-20. mai 2010, 130:1037-9. doi: 10.4045/tidsskr.09.0130

Satzinger, W., Courte-Wieneche, S., Wenng, S., Herrkert, B (2005). Bridging the information gap between hospitals and home care services: experiences with a patient admission and discharge form., *Journal of Nursing Management*, 13, 257–264.

Spehar et. al 2010. Seamless Care: Safe patient transitions from Hospital to Home. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. (volume 1: Research Findings).

Paulsen B., Grimsmo, A. *God vilje, dårlige verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Nr. A7877/2008. Trondheim: SINTEF Helse, 2008.

Norsk Sykepleierforbund. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Oslo.

Norsk sykepleierforbund (2011). Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Elin-k. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. Programdirektiv. Nasjonalt meldingsløft 2008–2010, 2008. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00084/Programdirektiv_for__84869a.pdf (05.05.2011).

Helse- og Omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld. St. nr. 16. Kjernejournal

St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

Korttittel: Samhandling ved overføring av pasienter



”Hvordan opplever sykepleiere samhandling ved overføring av eldre pasienter fra sykehus til eget hjem?”

Kristin Ugland

Universitetet i Agder

Ord i artikkelen: 4331

Forfatterinformasjon: Kristin Ugland, Universitetet i Agder, fakultet for helse- og idrettsvitenskap.

Vedrørende spørsmål knyttet til denne artikkelen, kontaktes:

<http://www.kristg05@student.uia.no>, kristinuglandgulliksen@hotmail.com

Link til forfatterveiledning til tidsskrift i Nordisk sykepleieforskning: <http://sykepleieforskning.no/nordisk-sykepleieforskning/forfatterveiledning/>

Sammendrag

Bakgrunn

Pasienter overføres til eget hjem tidligere enn før. Det er også flere eldre med komplekse diagnoser enn før, med behov for oppfølging av hjemmesykepleier etter hjemkomst. Sykepleier i kommunehelsetjenesten må samhandle med sykepleier i sykehus ved overføringen for å få informasjon om pasienten.

Hensikt

Hensikten med studien var å finne ut hvordan sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleie opplever samhandling ved overføringer av pasienter, og hva som eventuelt kan være problematisk.

Metode

Studien er basert på kvalitativ metode med semistrukturert intervju. Intervjuene ble gjennomført på kirurgisk sengepost på sykehus og i en liten kommune som sogner til sykehuset.

Resultat og konklusjon

Resultatet av studien viste at både sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehus opplever mangler og feil i kommunikasjon og dokumentasjon, noe som kan føre til feilbehandling for pasienten og utfordringer for sykepleier.

Nøkkelord: utskriving, utfordringer, informasjonsutveksling, kommunehelsetjeneste.

English summary

Background.

Patients are being transferred from hospital to their own home earlier than before. There are more elderly patients with complex diagnoses who had a need for good follow-up by homebased nurses after homecoming. Nurses in home based care have to cooperate with nurses in hospital to get the information they need about the patient.

Aim

The aim of the study was to find what nurses in hospital and nurses in homebased care experiences in the cooperation with eachother by transferring patients from hospital to home with homebased care and what the problems might be.

Method

The study is based on a qualitative study with a semi-structured interview guide, and the interviews was conducted in a surgical ward in hospital and in a small community nearby the hospital.

Results and conclusion

The result of the study is that nurses in hospital and in homebased care experience lack and errors in communication and documentation, which can lead to challenges and difficulties during the transferring.

Key words: discharge planning, challenges, information exchange, community health service.

Introduksjon

I forbindelse med økningen i antall eldre og endringer i befolkningens sykdomsbilde står helsetjenesten i Norge ovenfor mange utfordringer i årene som kommer. Mange eldre vil komme til å ha god helse, god økonomi og høyt utdannelsesnivå. Det vil også bli en økning i antall personer med kroniske og sammensatte lidelser. Utviklingen innen pleie- og omsorgstjenestene kjennetegnes av tre forhold: desentralisering, integrering og avinstitusjonalisering (st.meld. nr. 47(2009-2009); nasjonalt meldingsløft, (2009-2010)). Denne utviklingen har medført at stadig flere oppgaver blir tillagt kommunene, som eksempelvis rehabilitering og habilitering av yngre personer med fysisk funksjonssvikt, psykisk helse og rusbehandling. Samtidig har endringer innen spesialisthelsetjenestene medført at pasienter skrives ut tidligere fra sykehus og er dårligere enn før (Spehar et al., 2005). På grunnlag av endringene i helse- og omsorgstjenestene er det forskjellige utvalg som skal se på tilretteleggingen. Så tidlig som i 1996 fant Armitage og Kavanagh (1996) at organisatoriske forhold og kort liggetid var grunnen til mangelfull overføring og utskrivelse. Utskrivelsesprosessen og overføringer er et sentralt og viktig tema for sykepleiere. Pichitpornchat, Street og Boontong (1999) fant at uformelle og inkonsekvente mønstre i utskrivelesprosessen kom av mangel på standardiserte retningslinjer, kvalitetssikring av sykehussystemet til å kontrollere sykepleiers praksis. En utdatert helsopolitikk medvirket også til dette (Mann, Byrnes, Power, Rich og Winifreyda, 1999).

Det foreligger etter hvert mye dokumentasjon på at dagens organisering av helsetjenester ikke imøtekommer denne utviklingen på en tilfredsstillende måte, særlig viser det seg at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Tjenestene framstår som fragmenterte og er preget av manglende samhandling. Et område hvor manglende koordinering har konsekvenser er i forbindelse med overføring av pasienter mellom ulike tjenester (st.meld nr. 47 2008-2009).

Overføringer av pasienter utgjør en stor del av sykepleiernes hverdag (Paulsen og Grimsmo, 2008), hvor kommunikasjon og kontinuitet er fundamentet for godt samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell (Anderson, 2000; Armitage og Kavanagh, 1996). Manglende informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er

imidlertid et vanlig problem (Jewell,1993) og samhandlingen er ofte preget av lite effektiv kommunikasjon, helhetstenkning og av ulik forståelse for hvilken informasjon som er viktig (Danielsen og Fjær, 2010). Sykepleiere i sykehus gir uttrykk for at de primært har behov for informasjon om medisinske forhold, mens sykepleiere i kommunen har mer behov for informasjon om ADL-funksjon (Hellesø, 2004). Zurmehly (2007) fant at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ser på seg selv som holistisk orienterte og mener at de forholder seg til fysiske, sosiale, økonomiske, psykiske og åndelige aspekter hos pasienten. De mener også at de ivaretar interaksjonen mellom kommunehelsetjenesten, brukeren og familien. De gir imidlertid uttrykk for at det er behov for fagutvikling og forskning, noe som vil gjøre sykepleierne bedre rustet til å kartlegge pasientens behov (Zurmehly, 2007). Garåsen (2008) undersøkte kvaliteten på den skriftlige dokumentasjonen mellom kommune og helseforetak ved innleggelse og utskriving fra sykehus. Funnene i studien viste at det var ulike meninger om hva som er god kvalitet på innleggelsesskriv og epikrise. I epikrise fra sykehus hadde bare halvparten av pasientene utfyllende beskrivelse av ADL, og en av fire epikriser beskrev ikke hvem som hadde ansvar for oppfølging av pasienten. Epikriser er ofte også forsinket og kommer ikke raskt nok fram fra det ene ledd til det andre (Hellesø, 2004). Bollig, Ester og Landro (2010) fant at mangelfull skriftlig informasjon i sykehjem kan føre til usikkerhet blant sykepleierne og feilbehandling av pasienter.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er det et spesielt fokus på samhandling for å ”sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker” (meld. st. nr. 16.(2011-2015)). I forbindelse med arbeidet med å iverksette planen er sikring av god samhandling og bedre samarbeid i forbindelse med overflytting av pasienter mellom spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjeneste spesielt viktig (Mann, Byrnes, Rich og Winifreyda,1999). I arbeidet med å planlegge morgendagens løsninger er det nødvendig å ta utgangspunkt i helsepersonells erfaringer med hva som fungerer godt og mindre godt med dagens system. Sykepleiere har en sentral funksjon i forbindelse med overføringer, og derfor er det spesielt viktig å bygge videre på arbeidet med deres erfaringer.

Hensikten med studien er å få kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere i henholdsvis spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste har i forbindelse med overføringer av pasienter mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste.

Teoretisk referanseramme

Sykepleieren Afaf Ibrahim Meleis har utviklet en "transition Theory" hvor hun beskriver ulike overganger (Meleis, 2010). Begrepet "transition" kommer av det latinske verbet *transire*, som betyr overgang, som ofte innebærer en forandring og bevegelse fra en tilstand til en annen. Chick og Meleis (1986) definerer transitions som: "The passage or movement from one state, condition or place to another". Alle overganger karakteriseres av flyt og bevegelse over en tid, og teorien kan brukes som et verktøy for sykepleiere i overføringsprosessen.

Transitions er et resultat av og et resultat i forandringer i liv, helse, forhold og miljø, og sykepleier er ofte involvert i pasienten og familien som gjennomgår en "transition", heretter overgang. Sykepleier må sette seg inn i forandringene og de krav som stilles for å gjøre overgangen god for pasienten og familien. (Meleis, 2010).

Teoriens hovedbegreper

Elementer. Teorien beskriver tre hovedbegrep; hvilken type overgang, hvilke forhold som ligger til grunn og pasientens reaksjonsmønster. Pasientene kan være i ulike overgangsfaser, som kan variere fra hvilken situasjon de befinner seg i. Meleis (2010) definerer fire overgangsfaser: 1. Utviklingsmessige overganger skjer ved endring i livssyklus. 2. Forandring i helse og sykdom. 3. Situasjonelle overgangsfaser som studien omhandler og 4. Organisatoriske overganger.

Ulike egenskaper ved opplevelsen av overganger. Årvåkenheten leder til engasjement, både for sykepleier og pasient (Chick & Meleis, 1986). Dersom sykepleier tilrettelegger for at pasienten får nok informasjon, er forberedt og proaktivt endrer aktiviteter, vil dette kunne føre til at pasienten er forberedt og engasjert i overføringen og forandringen, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Overgangene er et resultat av forandringene og resulterer i en forandring som karakteriseres av en ny

start. I slike sårbare faser trenger pasienten tilrettelegging og tilgang på hjelp av sykepleier for at overgangen skal være preget av flyt.

Forhold som fremmer eller hemmer overganger. Sykepleieintervensjoner kan enten hemme eller fremme pasientens overføring. Ved at sykepleier støtter, gir god og nok informasjon, gir råd og besvarer pasientens spørsmål på en forståelig måte kan være fremmende elementer for at overføringen skal være god. Utilstrekkelige ressurser til å tilrettelegge, utilstrekkelig planlegging, lite støtte og råd og utilstrekkelig og motstridende informasjon er forhold som kan hemme overføringen.

Prosessindikatorer

Kontakt og interaksjon mellom sykepleier og pasient er en viktig interaksjon. Sykepleier må kunne besvare spørsmål, ha kompetanse og utøve kontinuitet for at det kan gi pasienten trygghet og ”flyt” i overføringen. Dersom sykepleier har oversikt over pasientens helhetlige situasjon vil dette kunne fremme mestring.

Resultatindikatorer

Et godt utfall av en overføring vil kunne fremme mestring og erkjennelse av den nye situasjonen. For at sykepleier skal fremme en god overgang, må sykepleier forsøke å forstå pasientens opplevelse, gi trygghet og ha god oversikt slik at pasienten kan oppleve mestring og erkjennelse i sin nye situasjon.

Hensikten med studien

Målet med studien er å undersøke hvordan sykepleiere i sykehus og kommune samhandler ved overføring av pasienter, henholdsvis fra sykehus til eget hjem med hjemmesykepleie.

Problemstilling

Denne studien er basert på et ønske om å finne ut hvordan sykepleiere opplever samhandlingen ved å overføre pasienter fra sykehus til eget hjem og utfordringene rundt tema. Problemstillingen lyder dermed:

”Hvordan opplever sykepleiere samhandling ved overføring av eldre pasienter fra sykehus til eget hjem”?

Metode

Det ble valgt en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Den bygger på Kvales (1997) fortolkning av tekstens mening. Begrepet fenomenologi peker på en interesse for å forstå fenomener ut i fra aktørenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene (Kvale og Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) definerer hermeneutikken som læren om fortolkninger av tekster. En hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts mening. Når målet for studien er å leve seg mest mulig inn i informantenes opplevelser av overføringer av pasienter og forstå dem ut fra deres premisser, er den kvalitative metoden godt egnet (Aadland, 2004).

Utvalg

Utvalget bestod av 3 sykepleiere fra hjemmesykepleien i en liten kommune og 2 fra kirurgisk sengepost på sykehus i en by. En av informantene hadde erfaring både fra sykehus og hjemmesykepleie. Informantene ble rekruttert gjennom sine overordnede ledere. Lederne ble skriftlig forespurt om mulighet for å innhente informanter fra deres avdeling. De fikk skriftlig informasjon på forhånd som de kunne videreformidle det til de aktuelle informantene. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle ha erfaring som sykepleier over 5 år, med en stor stillingsbrøk og hovedsakelig dagarbeid. Grunnen til at dagarbeid var ønskelig var fordi det er da de fleste overføringer skjer. Informantene fra hjemmesykepleien hadde gjennomsnittserfaring på 11.6 år og fra sykehus 5.5 år. Utvalget bestod av fire kvinner og en mann.

Gjennomføring

Innsamling av data foregikk fra begynnelsen av desember 2010 til midten av januar 2011. Intervjuene ble gjennomført på et grupperom/møterom på informantenes arbeidssted. Hvert intervju varte ca. 45 minutter og fungerte som en faglig samtale mellom informant og forsker. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert umiddelbart etterpå.

Analyse

Analysen ble gjort i flere trinn, og startet med å lese gjennom intervjuene i sin helhet for å bli kjent med teksten. Deretter ble det funnet meningsenheter. Dette var setninger eller utsagn som

inneholdt informasjon relatert til problemstillingen. Deretter ble meningsenhetene kondensert på en slik måte at setningene ble kortet ned men hadde samme verdi og kvalitet som opphavet. Til slutt ble det funnet subtema og tema som er bakgrunnen for resultatkapittelet (Graneheim og Lundman, 2004:24:105-112).

(Tabell 1).

I analyseprosessen ble Kvaales tre nivåer for tolkning fulgt: selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse. Med selvforståelse menes informantenes egne utsagn, kritisk forståelse og forskers kommentarer til utsagnene. I den teoretiske forståelsen trekkes teoretisk rammeverk og funn fra annen forskning inn.

Etiske aspekter

Informantene i studien fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien og hensikten med den. Informantene fikk beskjed om retten til å trekke seg fra intervjuet uten å måtte oppgi grunn. Informantene skrev under på frivillig informert samtykkeskjema for at de ønsket å delta i studien (Simonsen & Nylenna, 2005).

Skriftlig informasjon om studien ble gitt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og ble godkjent for oppstart 02.11.2010. Skriftlig informasjon og forespørsel om deltakelse ble formidlet via informantenes ledere. Det ble informert om taushetsplikt og at alle data i studien anonymiseres og ikke kan spores tilbake til verken person eller hendelser.

Resultater

Etter at dataanalysen var ferdig utpekte det seg noen hovedkategorier. Disse kategoriene gav et innblikk i det som kan være en medvirkende årsak til at overføringen kan oppleves vanskelig.

Praksisorienterte utfordringer

Feilene

Det kom fram hos samtlige sykepleiere i hjemmesykepleien at de undersøker medisinarke når pasienten kommer tilbake fra sykehus fordi de ofte erfarer at medisinarke inneholder feil. Hjemmesykepleierne savnet et fullstendig bilde av hele pasientforløpet og de fikk av og til ”bare en

liten epistel” og ingen fullstendig sammenfatning om behandlingen. Fra sykehuset side var det i enkelte tilfeller ingen informasjon i det hele tatt. Dette oppleves vanskelig, spesielt med eldre og demente, og sykepleier fant det vanskelig å ivareta pasienten slik som er ønskelig.

Forsinkelsene

Dersom epikrisen ikke er klar ved utskriving ettersendes den til fastlegen. Fastlegen tar sjelden kontakt med hjemmesykepleien når de mottar epikrise fra sykehus, og ofte kommer den i posten. ”Det utgjør en stor risiko for pasientene at vi ikke har nok opplysninger om dem og det kan gå veldig galt når det svikter”. Fastlegen har ikke alltid oppdatert medisinliste og dersom pasienten blir innlagt via fastlege eller legevakt sender de med listen derfra. Når det er forsinkelser kan det føre til feilbehandling av pasienten. ”jeg opplevde at pasienten kom hjem fra sykehus med en medisinliste som var to år gammel”.

Ansaret

Sykehuset har klare retningslinjer for ansvarsområder. Det er legene som har ansvaret for medisinene, sier informantene, slik at de ikke undersøker medisinlisten ved innkost eller utskrivelse dersom det ikke er noe påfallende, ”vi har ikke noe med medisinarkene å gjøre, det er legens oppgave og vi blander oss ikke opp i det”. ”Det kan være litt kluss med medisinarkene når pasienten kommer inn, for det er så mange inn i bildet. Turnuslegen i akuttmottak har ordnet listene, og vi må forholde oss til det”. ”Legen snakker med legene, og sykepleiere med sykepleiere, slik har det alltid vært”. I hjemmesykepleieren jobber sykepleiere mer selvstendig, har mer ansvar og oversikt over pasientens helhetlige situasjon. Informantene opplever også frustrasjon omkring manglende samsvar i forhold til medisinopplysninger. I forhold til vurdering av ansvar, føler hjemmesykepleier at de må ta ansvar for medisinlistene, da de kjenner pasienten best og ikke har noen lege ved hånden. ”Hadde jeg ikke hatt så lang fartstid hadde jeg aldri sett det” sier hjemmesykepleier.

Organisatoriske utfordringer

Organisering og bestilling av tjenester i kommunen kan være en utfordring for sykepleier i sykehus dersom det ikke er en pasientkoordinator inni bildet. ”Byen har jo enhet for behov og

tjenestetildeling (ebt), og de kommer opp til sykehuset og treffer oss og pasienten, og så ordner de alt". Utenbys går det gjennom så mange ledd at det som ble sagt i telefonsamtalen ofte ikke samsvarer med det sykepleier informerte ved kontakt tidspunktet.

Samhandlingen

Utilgjengelighet. "Det er nesten umulig å få tak i dem derinne på sykehuset" sier hjemmesykepleier, og vet heller ikke hvem de skal snakke med eller hvor de skal ringe. Hjemmesykepleier sier at "det er vel den telefonsamtalen som er hele samhandlingen mellom oss og sykehus". Sykehus opplever også vanskeligheter med å vite hvem de skal ringe i sona. "de kan jo sjelden snakke, for de er jo ofte med en pasient". Dette gjør det vanskelig å få kontakt med den sykepleier som kan besvare spørsmål.

Utilnærmelighet. Både sykehus og hjemmesykepleie opplever lite kommunikasjon. Når pasientene blir innlagt tar sykehuset kontakt med pasientens pårørende, og når pasienten begynner å bli utskrivingsklar er det rutine at de tar kontakt med hjemmesykepleien, dersom de er inni bildet. Sykehus tar igjen kontakt med hjemmesykepleien utskrivelses dagen for å avklare oppfølging og besøk. Hjemmesykepleier opplever det derimot vanskelig å få kontakt med sykehuset dersom det er noe de ønsker besvart utover den telefonsamtalen. "Det føles som vi maser når vi ringer".

Utilstrekkelighet. Sykehus og hjemmesykepleie har ulik fagterminologi. Hjemmesykepleier synes det kan være vanskelig å forstå alt som sykepleier fra sykehus sier og skriver da de bruker latinske ord og uttrykk mer aktivt enn hjemmesykepleier.

Diskusjon

Mangelfull og sen informasjonsutveksling

Samhandling. Utfordringer knyttet til samhandling er kjent lenge og det er fortløpende utviklingsarbeid for å møte utfordringene, som går på dårlig koordinerte tjenester, lite og begrenset innsats for forebyggende arbeid og demografisk utvikling som gir utfordringer i forhold til samfunnsøkonomi. NOU 2005:3 leverte en analyse som la fram mange forslag om tiltak hvor utfordringene i samhandlingen ble kjent. St.meld. nr. 47 (2008-2009) sier at kommunene skal nå styrkes

og overta pasientene tidligere enn før. Kommunehelsetjenesten er selve fundamentet i norsk helsevesen. En forankring av helsetjenestene i kommunene skal bidra til en helhetlig omsorg. Fastlegen er en viktig del av dette og skal være bindeleddet til spesialisthelsetjenesten og ha oversikten, men i dag er det ingen naturlig samhandling mellom fastlege, sykehus og kommunehelsetjeneste. God kvalitet i helsetjenesten forutsetter samhandling mellom de ulike aktørene (NOU 2005:3;st.meld. nr. 25 (2005-2006);st.meld. nr. 47 (2008-2009)), med det fungerer ikke slik i praksis. Dette går spesielt ut over pasienter med komplekse diagnoser og behov for koordinerte tjenester. Planen for å bedre dette er at pasienten skal få koordinerte tjenester, bedre begrensning og forebygging av sykdom og bedre samfunnsøkonomi som vil styrke den økonomiske bæreevne (st.meld. nr. 47 (2008-2009)). Meleis (2010) sier at sykepleier må tilrettelegge for en god overføring for pasienten for å fremme helse. Dersom det skal la seg gjøre vil samhandling vil pasienten kunne overføres ”sømløst” mellom sykehus og hjemmesykepleie (Melby og Hellesø, 2010; st.meld. nr. 47 (2008-2009)), men dette fungerer ikke i praksis. Sømløst defineres av Spehar, Campbell, Cherrie, Palacios, Scott, Baker, Bjornstad og Wolfson (2005) som; en glidende overføring av en pasient fra sykehuset til hjem.

Videreformidling av informasjon. Formidling av informasjon er en viktig brikke i et helhetlig arbeid. Hjemmesykepleiere i studien opplever at de har en helhetlig oversikt, men på den andre side ettersender de ikke alltid dokumentasjon om pasienten, og i enkelte tilfeller får ikke sykepleier i sykehus noe dokumentasjon i det hele tatt. Det er sykepleiers plikt å dokumentere observasjoner og tiltak, men studien viser at det synes mindre viktig å formidle informasjonen videre, noe som er en del av plikten til helsepersonell. Helsepersonelloven § 16 sier at helsehjelpen skal organiseres slik at helsepersonell kan utøve sine plikter (Lov av 1999-07-02 nr. 64), men hjemmetjenestene er organisert slik at det er liten tid og sykepleierne opplever stress og press for å rekke over listene sine. Mangel på dokumentasjon utgjør en helserisiko for pasientene (Rognstad og Strand, 2002). Sykepleiedokumentasjonen skal beskrive sykepleieprosessen, med observasjoner og diagnoser, tiltak, og evaluering (lov av 1999-07-02 nr. 64), og en epikrise skal inneholde en sammenfatning av pasientens sykehistorie, kliniske funn, aktuelle diagnoser, behandling og videre behandling etter utskrivelse (Stensvoll, 2005;Trumphy,2002).

Epikrisen og sammenfatningen betyr mye for sykepleiere og annet helsepersonell for å kunne ivareta pasienten og kvalitetssikre omsorgen både i sykehus og etter utskriving, men likevel blir dette nedprioritert på tross av at en fullstendig utfyllende dokumentasjon hadde lettet overføringen og vært tidsbesparende og også samfunnsøkonomisk. Dermed strider organiseringen av virksomheten mot helsepersonellovens plikt og pasientrettighetslovens rett til riktig og nødvendig helsehjelp (Lov av 1999-07-02 nr.63; Lov av 1999-07-02-64). Det vil være nødvendig å gjøre noe med lovverket, organiseringen av helsetjenestene, bedre samhandlingen og ha klarere ansvarsområder.

IKT som virkemiddel

På bakgrunn av manglende samhandling er det utarbeidet retningslinjer for en samhandlende helsetjeneste (St.meld. nr. 47(2009-2009)). IKT er et viktig virkemiddel for å imøtekomme de nåværende utfordringene. Elin-k prosjektet er et gjennomført pilotprosjekt som viste at organiseringen av samhandlingen i pilotaktørene var preget av tilfeldigheter og lokale prosjekter før oppstart. Målet med Elin-k er å bedre den elektroniske samhandlingen, effektivisere og kvalitetssikre overføring av informasjon og kommunikasjon (Elin-k, 2011). På bakgrunn av tidligere forskning tar nasjonalt meldingsløft (2008) og Elin-k (2011) tak i disse utfordringene knyttet til samhandling på tvers av organisasjonene, slik at basismeldinger vil kunne leses av helsepersonell i andre ledd. I dag er kommunikasjonen papir- og telefonbasert samt at det ikke er noen formelle retningslinjer på tvers av organisasjonene. Elin-k er et pilotprosjekt som tilsynelatende dekker inn de mangler som oppleves i dag, men det er derimot kun noen få sykehus og kommuner som inngår i prosjektet, og det synes utfordrende å gjennomføre dette for alle sykehus og kommuner før samhandlingsreformen (st.meld. nr. 47 (2008-2009) skal tre i kraft. Det er alltid utfordringer å implementere nye virkemidler i et helsevesen som er preget av et bredt spekter av aktører. Erfaringsmessig sett er implementering av nye rutiner vanskelig for mange, og det kreves mye opplæring for å mestre nye situasjoner, og helsepersonell kan selv gå gjennom en organisatorisk overgang som kan være vanskelig (Meleis, 2010) og det synes lettere å presentere modeller i politiske dokumenter enn å implementere det i praksis.

Medisinlistene. Studien presenterer mange utfordringer knyttet til overføringer, men spesielt utfordrende opplevdes pasientens medisinlister. Pasienten står ofte på medisiner som er ukjent for fastlegen dersom pasienten har vært innlagt i sykehus eller legevakt og fått medisinlisten sin endret. Dette er bekymringsverdig. Statens helsetilsyn utarbeidet en handlingsplan i 2000 for å kvalitetssikre legemiddelbruken samt rutiner rundt organiseringen av dette (Statens helsetilsyn, 2000). I etterkant viser seg at planen ikke holder mål, men det arbeides aktivt med å utarbeide konkrete retningslinjer for en nasjonal kjernejournal, som skal være en felles journal som skal gi en oversikt over de medisinene pasienten har fått på apotek, kritisk informasjon om pasienten og den kontakt pasienten har hatt med spesialisthelsetjenesten. Journalen skal sikre riktig behandling, og er primært for bruk av fastlege og akuttmedisinsk helsepersonell, men bruker kan også gjøre oppslag i journalen (Sluttrapport, nasjonal kjernejournal, 2010). Kjernejournal vil ikke tre i kraft før noen år. Meldingsløftet (nasjonalt meldingsløft, 2009-2010) tar tak i de utfordringer relatert til samhandlingsløsninger, som overføringer av epikriser, henvisninger mellom ulike aktører. For å bruke meldingsutvekslinger er det derimot påkrevd å være tilknyttet NHN (helsenett). Dersom dette lar seg implementere, vil dette kunne være løsningen på en del samhandlingsproblemer, men på den andre side er det gjerne slik med implementering av nye rutiner langt fram før god praksis foreligger, og det er kostbart. Samhandlingsreformen er ment å tre i kraft i 2012, og det synes vanskelig å få til en god samhandling både på individ- og organisasjonsnivå før det er løsninger som er implementert i praksis.

Sen postgang

Det medfører ulemper for hjemmesykepleier og pasient når epikrisen blir ettersendt i posten. Postgangen går til tider sent og epikrisen kommer ofte til pasientens fastlege uten kopi til hjemmesykepleien. Dersom hjemmesykepleier ser at det er endringer/feil i medisinene i sykepleiesammenfatningen blir det ofte vanskelig for fastlegen å vurdere endringene/feilen før epikrisen fra sykehus foreligger, noe som kan ta flere dager.

Oppfølgingsplan

Sykepleiere i sykehus koordinerer og lager en oppfølgingsplan for pasientene etter utskrivelse. Sykepleiere i sykehus som ikke har arbeidet i hjemmesykepleien har ikke grunnlag for å vite hva som er pasientens behov når de kommer hjem, likevel gir de "direktiv" om det hjemmesykepleien skal utføre av tjenester etter utskrivelse. Hjemmesykepleiere er de som kjenner pasienten best i hjemmemiljø, men det er ingen naturlig konferering mellom sykehus og hjemmesykepleier om dette. Etter planen skal spesialisthelsetjenesten bli ennå mer spesialisert, og kommunehelsetjenesten skal styrkes (st.meld. nr. 47(2008-2009)). Dersom sykehuset skal lage plan for viderebehandling for pasienten må kommunene koordinere dette sammen med sykehuset, på lik linje med ebt (enhet for behovsvurdering og tjenstedeling), som fungerer som en koordinator for tilrettelegging etter utskrivelse. Ebt ble vedtatt i bystyret i Kristiansand 14.05.2001 og iverksatt i 2002. Dette vil kunne gi bedre kvalitet, effektivitet og god informasjonsutveksling mellom partene. På den andre side har ebt sin funksjon vært i drift i lang tid, men det er likevel bare bykommunen i studien som utøver dette, ingen småkommuner i nærheten.

Konklusjon

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er et av målene å holde befolkningen friske så lenge som mulig og styrke og vedlikeholde brukernes helse på bakgrunn av samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47(2008-2009)). Det er behov for mer kunnskap om forhold som fremmer helse og mestring. For å oppnå dette kreves planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenester. Kunnskapsbaserte normer og standarder er avgjørende for god kvalitet og kan fremme samhandling (St.meld.nr. 47(2008-2009)). Nødvendigheten med bedre samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er et satsingsområde, men synes likevel å være svakt. Et felles verktøy for informasjonsutveksling vil likevel kunne føre til at riktig informasjon til riktig tid foreligger når pasientene blir overført fra en organisasjon til en annen. Sykehus og hjemmesykepleie har ulike perspektiver og syn på hva som synes viktig i informasjonsutvekslingen. Det er også inadekvate og fraværende pasientbeskrivelser. I alle ledd i helsevesenet blir det brukt elektronisk pasient journal, som gjør informasjon tilgjengelig internt i organisasjonen, men gjøres ikke tilgjengelig for eksterne aktører. Likevel løser dette ikke spørsmålet om *hva* som gjøres tilgjengelig. Sykepleiere i

kommunehelsetjenesten og sykehus har ulike måter og arbeide på og har behov for ulik informasjon. Dermed må det finnes en felles løsning, forståelse og et felles språk for hva de andre ledd i helsevesenet trenger av informasjon og gi tilbakemelding på hva som mangler. Et avtalt møte omkring pasientens utskriving slik som ebt har, ville kunne styrke samhandlingen og kvalitetssikre overføringen av informasjon og gi pasienten riktig behandling og omsorg. I forhold til samarbeidet mellom hjemmesykepleie og fastlege må dette styrkes slik at det gir grunnlag for en lik og riktig medisinliste. Det bør også være en intern kvalitetssikring i kommunene slik at det blir samsvar i medisinlistene mellom hjemmesykepleie og fastlege. Hovedoppgaven i 2011 ifølge Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) vil være å forberede de sentrale aktørene på de kommende endringene, som er blant annet samarbeidsavtaler, informasjon og opplæring. For at en vellykket overføring skal kunne skje må organisatoriske og faglige virkemidler i tråd med samhandlingsreformen styrkes. Dette innebærer endring av praksis, retningslinjer og nye kompetansekrav i samarbeid mellom tjenestenivåene. Det må også mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling lokalt og nasjonalt samt tilrettelegging for hensiktsmessige samhandlingsarenaer mellom de ulike tjenestenivå (st.meld. nr. 47(2008-2009)) før samhandlingsreformen trer i kraft i 2012.

Implikasjoner for sykepleiere

For å bedre overføringen må det legges større vekt på, samt at sykepleiere bør ha et møte under innleggelsen eller har et utskrivelsesmøte. Dette for å få en felles forståelse rundt pasientens situasjon og videre behandling. Utdanningsinstitusjonene må også legge vekt på viktigheten ved utskrivelsene slik at de blir integrert gjennom utdanning og praksis for studenter. Samarbeidet mellom sykehus og kommuner må styrkes for å gi pasienten best mulig omsorg og behandling. Når pasientene blir sendt hjem ”quicker and sicker” er det spesielt viktig å begynne utskrivelsesplanleggingen så fort som mulig (Armitage og Kavanagh, 1996). Et felles informasjonsnett kombinert med en helhetlig og felles forståelse for overføringer vil være en kvalitetsindikator for at pasienter og sykepleiere skal oppleve en ”sømløs” overgang mellom sykehus og hjem (St.meld. nr. 47(2008-2009)). Sykepleier vil kunne fremme overføringsprosessen ved å legge noen føringer for informasjonsflyt mellom slike

nøkkelpersoner. For at sykepleiere skal kunne fremme en god overføring må det være en felles faglig plattform, felles retningslinjer, prosedyrer og beslutningsstøtte på tvers av organisasjonene. Dette vil være viktig for å sikre kunnskapsbasert praksis og for å kunne gjennomføre samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47(2008-2009)). For at dette skal være gjennomførbart kreves utdanning og forskning av høy kvalitet og relevans, kompetanseutvikling og samarbeid mellom de ulike helsetjenestene, kvalitetssystemer og økt tilgjengelighet i informasjonsmateriale. Hovedutfordringene er tilstrekkelig kompetent personell til å møte samhandlingsreformen.

Funn i studien og slik helsetjenestene vil bli, vil kreve omlegging av overføringsprosessen som i dag ikke har noen fast felles struktur. Overføringene krever kvalitet og kontinuitet, som går fra før pasienten blir innlagt, under innleggelse og etter utskrivning til hjem. For at det skal fungere må sykepleiere lage intervensjoner i forhold til informasjonsutveksling slik at de arbeider mot en felles forståelse felles resultat.

Sykepleiers støtte i overgangsfasene er en viktig funksjon, og Meleis teori som rammeverk og støttefunksjon, kan kvalitetssikre overføringen.

Referanser

Helse- og Omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld.

St. nr. 16.

Spehar, A. M., Campbell, R. R., Cherrie, C., Palacios P., Scott, D., Baker, J.L., Bjornstad B., & Wolfson, J. (2005). Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. *National Library of Medicine*, (Vol.1)

Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Paulsen, B., Grimsmo, A.(2008). God vilje-dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrengende eldre. SINTEF, Oslo. Rapport A7877.

Anderson M. A. (2000). Talking about Patients: Communication and Continuity of Care. *The journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 14 (3), April 2000. 15-28.

Armitage, S., Kavanagh, K. (1996). Hospital nurses perceptions of discharge planning for medical patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 14 (2), 16-23.

Jewell, S. (1993). Discovery of the discharge process: A study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of advanced Nursing*, 18, 1288-96.

Danielsen, B. V., Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning*; 5:28–34.

Hellesø, R. Lorensen, M., Sørensen, L. (2004). Challenging the information gap – the patients home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 569-80.

doi:10.1016/j.ijmedinf.200404009

Zurmehly, J. (2007). Nursing Forum, Oct-Dec; 42 (4): 162-70. A qualitative case study review of role transition in community nursing, *Nursing Forum*, 42 (4), Oct-Dec: 162-70.

- Garåsen H. (2008). The Trondheim modell. Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of the intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Trondheim: Norwegian University of science and Technology.
- Bollig, G., Ester, A., Landro, I.S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien forskning*, 5 (4) 304-11.
- Mann, S., Byrnes, T., Power, C., Rich, M., Winifreyda, A. (1999). Rhetoric to practice: the challenge of collaboration of academe and industry. *Journal of Nursing Education* 38 (1), 5-9.
- Meleis, A. I. (2010). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4. utg. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Chick, N., Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. *In Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (Chinn PL., ed.), Aspen, Rockville, pp. 237-57.
- Pichitpornchai, W., Street, A., Boontong, T. (1999). Discharge planning and transitional care: issues in Thai nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 355-362.
- Erb, J. K. (1997). Discharge planning. In: Harris, M.D. (ed.) *In Handbook of Home Health Care Administration*. Aspen, Gaithersburg, MD, pp. 427-46.
- Lough, M. A. (1989). *From hospital to home: professional plans and patient work*. The University of Wisconsin-Milwaukee, Ann Arbor, MI.
- Aadland, E. (2004). "Og eg ser på deg.." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Tano Aschehoug, (2.utg).
- Kvale, S., Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo:Gyldendal.

- Rognstad, S., Straand, J. (2002). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*.
- Melby, L., Heelesø R., Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*;130:1037–1039.
- Trumphy, J. H. (2002). Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*; 122:394-6.
- Steinsvoll, P. S. (2005). Er epikriser viktige medisinske dokumenter? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*;125:2999–3000.
- Meleis, A. I., Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*;42:255-59.
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*;24:105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Lov av 1999-07-02 nr. 64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov av 1999-07-02 nr. 63. Lov om pasientrettigheter. (pasientrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2005:3. Om mestring, muligheter og mening. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonalt meldingsløft. (2008-2010). *Helse- og omsorgsmeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sluttrapport (2010). Utredning av videre arbeid med en nasjonal kjernejournal. Helsedirektoratet.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Elin-k prosjektet sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Oslo.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Simonsen, S., & Nylenna, M. (2005). Helseforskningsrett: Den rettslige regulering av medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo: Gyldendal akademisk

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleiere samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste i forbindelse med overflytting av pasienter fra sykehus til eget hjem? Hvilke tiltak må til for å forbedre samhandlingen?”

Bakgrunn og hensikt

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie fordi jeg ønsker å se på hva som er problemer i forhold til samhandling med sykehus og kommune når pasienter blir overflyttet til hjemmet sitt. Jeg ønsker å se på dette i et sykepleiersperspektiv for å få vite hva sykepleiere føler er problemer og hva som fungerer bra. Jeg ønsker å intervju sykepleiere som har lang arbeidserfaring og har opplevd utfordringer knyttet til samhandling og overflytting av pasienter.

Hva innebærer studien?

I studien ønsker jeg å få fram sykepleieres egne tanker og opplevelser rundt temaet. Jeg ønsker å intervju deg for å få vite hva du har av erfaring med god og problematisk samhandling. Når jeg intervjuer deg vil jeg bruke båndopptaker slik at jeg ivaretar data på best måte.

Det vil kun være ett intervju du trenger å delta i, og jeg ønsker hovedsakelig å legge det til arbeidstiden din slik at du ikke trenger å bruke fritiden på dette.

Mulige fordeler og ulemper

Det skal ikke være noe ulempe for deg å delta i studien. Det eneste som kan oppstå er at jeg ikke får frigitt deg fra arbeidet, og må legge intervjuet til din fritid. Det inngår heller ingen lønn for å delta. Jeg håper med studien at jeg kan få fram det spesielle som kanskje gjør at overflytting av pasienter kan være vanskelig. Jeg håper også å få vite hva du mener kan være gode tiltak for å bedre samhandlingen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alt av innsamlet datamateriell du gir meg vil bli anonymisert, og det skal ikke kunne spores tilbake til deg på noen som helst måte.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til lydbåndet. Ved utskriving av intervjuet fra lydbåndet vil alle opplysninger anonymiseres. Lydbånd vil oppbevares innelåst og vil bli slettet når sensuren på prosjektet faller (juni/juli, 2011).

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien dersom det blir publisert. Jeg vil ikke bruke navn, men informant 1 og 2 osv. Jeg vil heller ikke navngi arbeidssted eller stedsnavn.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst under intervjuet trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du har spørsmål til studien i etterkant, kan du kontakte Kristin Ugland Gulliksen på tlf. 90572303

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

For å delta i studien, ønsker jeg at informantene har arbeidet minimum 5 år som sykepleiere, uten avbrudd. Informantene bør ha en stor stillingsstørrelse, fra 75-100%. Dersom informanten har en 50% stilling, men kun arbeider dagtid, er dette kriterier som er godkjent, da det er på dagtid elektiv overførsel av pasienter foregår.

Bakgrunn for studien er at det er mye fokus på samhandling og problemer knyttet til dette. Studien er rettet mot overflytting av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleie. Jeg ønsker å se på dette i et sykepleieperspektiv, da det er sykepleierne som utfører overflyttingene og samhandler med hverandre.

Det vil bli intervju med sykepleiere for å få deres perspektiv på problematikken. Intervjuene vil foregå på en avtalt plass som informantene føler seg komfortabel med. Intervjuene vil bli gjennomført i desember/januar.

Det er ingen personlige fordeler ved å delta i studien, og det vil ikke være noe form for lønn eller kompensasjoner. Derimot kan mulige funn kunne være med på å gjøre samhandlingen mellom sykepleiere lettere i etterkant. Alle data vil også være anonymisert, slik at det ikke skal være mulig å kjenne igjen informantene eller hvem som har sagt hva.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

Tema:

Samhandling mellom sykehus og hjemmesykepleie ved overføring av pasienter.

Problemstilling:

”Hvordan erfarer sykepleiere samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste i forbindelse med overflytting av pasienter?

Intervjuspørsmål:

1. Hvordan er rutinene i forhold til overføring av pasienter fra sykehus til hjemmetjenester?

- Hva fungerer godt?
- beskriv eksempler

- Hva fungerer ikke godt?
- beskriv eksempler

2. Beskriv utfordringer knyttet til overføringer av pasienter.

- dokumentasjonen/epikriser?
- Informasjonsrutiner?
- Tilrettelegging?
- Forventninger?
- kompetanse?
- respekt for hverandres kompetanse?
- oppfølging?
- rutiner for å ta kontakt?
- annet?

3. Hvilke tiltak mener du kan bedre overføringen?

- .- Beskriv hvilke tiltak du mener vil være gode?
- Hvordan vil dette være mulig å implementere hos sykepleiere og organisasjonene?

Kristin Ugland

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 55 21 17
Fax: +47-55 55 06 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Elin Thygesen
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 01.11.2010

Vår ref:25219 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25219

Samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste i forbindelse med overflytting av pasienter?

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*Hvilke tiltak må til for å forbedre samhandlingen?
Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Elin Thygesen
Kristin Ugland*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gir via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kristin Ugland, Songdalsveien 200, 4645 NODELAND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrog.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25219

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men så lenge lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares innelåst og slettes ved prosjektslutt.

Ombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ombudet legger til grunn at sykepleierne ikke gir opplysninger som gjør at enkeltpasienter kan gjenkjennes, da dette vil innebære brudd på taushetsplikten. Det anbefales at prosjektleder instruerer informantene om dette innledningsvis i intervjuet.

Ombudet anbefaler at avsnittet om frivillig deltakelse i informasjonsskrivet omformuleres noe, da det vil være praktisk vanskelig for informantene å trekke seg i etterkant av intervjuet, ettersom intervjumaterialet ikke er koblet til navn. Formuleringene som omhandler dette bør slettes/omskrives. Det bør heller fremgå at det er frivillig å delta i studien, at det vil være mulig å trekke seg underveis i intervjuet uten å begrunne dette, og at det ikke vil ha noen konsekvenser for deres forhold til avdelingen dersom de ikke ønsker å delta i prosjektet eller velger å trekke seg.

Vedlegg 4:

Meningsenhet	kondensert	subtema	tema
”som regel får vi bare en liten epistel om hendelses- og sykdomsforløp”	Ikke fornøyd med dokumentasjon	Lite dokumentasjon	informasjonsutveksling