



## Samhandlingsutfordringer i utskrivelsesprosessen

Tone Kettilsen  
Diakonhjemmet Høgskole  
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i  
helsetjenester til eldre

Antall ord: 6800  
14. 08.15 KL 14

## **Forord**

Jeg vil gjerne rette en stor takk til min veileder Siri Ytrehus! Takk for god veiledning! Dine konstruktive og positive tilbakemeldinger har vært til stor hjelp.

Takk til alle informanter som har som har brukt deres tid og delt deres erfaringer.

Takk til min arbeidsgiver som har gitt meg mulighet til å tilpasse min arbeidstid, og gitt støtte og god oppmuntring på veien.

Og så vil jeg takke verdens beste venninne, Martine! En stor takk for all oppmuntring og støtte. Takk til mor og far som hele tiden har oppmuntret meg og hatt troen på at jeg skal komme i mål!

## **Innhold**

### **Refleksjonsnotat**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2.0 Samhandlingsreformen</b> .....	<b>6</b>
<b>3.0 Brukermedvirkning</b> .....	<b>9</b>
<b>4.0 New Public Management og brukermedvirkning</b> .....	<b>12</b>
<b>5.0 Eldre og brukermedvirkning</b> .....	<b>15</b>
<b>6.0 Hva kan gjøres ?</b> .....	<b>18</b>
<b>7.0 Avslutning</b> .....	<b>22</b>
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>24</b>

### **Oversikt over vedlegg**

#### **Vedlegg 1 Artikkel**

#### **Vedlegg 2 Informasjonsskriv og forespørsel om rekruttering av informanter**

#### **Vedlegg 3 Informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse på intervju**

#### **Vedlegg 4 Intervjuguide**

#### **Vedlegg 5 Forfatterveiledning Geriatrisk sykepleie**

#### **Vedlegg 6 Tilbakemelding fra NSD**

## **Eldre og brukermedvirkning i utskrivelsesprosessen fra sykehus til kommunehelsetjenesten**

### **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Brukermedvirkning er et viktig prinsipp i norsk helsevesen, og helsepersonell er forpliktet til å legge til rette for at pasienten skal kunne medvirke. Når den eldre er innlagt på sykehus vil det være viktig å tilrettelegge for medvirkning for å få til en god overføring til neste omsorgsnivå. Eldre og brukermedvirkning kan gi spesielle utfordringer for helsepersonell da pasienten ofte har et sammensatt sykdomsbilde, svikt i kognitive funksjoner og usikker eller manglende samtykkekompetanse. Betydningen av å sikre god overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har fått ekstra oppmerksomhet etter innføring av samhandlingsreformen. Prinsippet om brukermedvirkning må ses i lys av den kontekst vi befinner oss i.

**Hensikt:** Hensikten med dette refleksjonsnotat har vært å studere hva som fremmer brukermedvirkning for eldre i utskrivelsesprosessen fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

**Metode:** Dette refleksjonsnotat er gjennomført som en litteraturstudie.

**Resultater:** Forskningslitteraturen har vist at sykepleiere kan fremme pasientens medvirkning ved å vise omsorg, gi støtte, være aktive, fremme dialog ved å tilrettelegge for optimal kommunikasjon og informasjonsutveksling. Dette er forutsetninger for at pasienten skal ha det bra etter utskrivelse. En godt planlagt utskrivelse forutsetter samarbeid med pasient, pårørende og kommunehelsetjenesten. Tid og tempo er faktorer som hemmer medvirkning.

**Konklusjon:** Eldre og brukermedvirkning i sykehus er et paradoks på grunn av tid og tempo. Økt brukerorientering i helsevesenet blir brukt som et virkemiddel til effektivisering av sykehusene. Det kan være en indikasjon på at det er det motsatte som skjer i forhold til eldre mennesker sett i lys av den konteksten sykehuset befinner seg i.

## **Elderly and user involvement in discharge planning from hospital to community health service**

### **Summary**

**Background:** User involvement is an important principle in the Norwegian health care, and health professionals are committed to facilitate involvement. When the elderly are hospitalized, it will be important to facilitate participation to achieve a good transfer to the next level of care. Older and user involvement can provide special challenges for health professionals when the patient often have a complex clinical picture, impairment of cognitive functions and uncertain or missing informed consent. The importance of ensuring good transition between the specialist health and community care has received extra attention after the introduction of coordination reform. The principle of user involvement must be seen in light of the context.

**Objective:** The object of this reflection paper has been studying what promotes user involvement for elderly people in discharge planning from hospitals to community service.

**Method:** This paper is based on a literature review.

**Results:** The review of the literature indicates that nurses can promote user involvement by care, support, be active, promoting dialogue by facilitating optimal communication and information exchange. These are prerequisites for the patient to have a good discharge. A well-planned discharge requires collaboration with the patient, family and community service. Lack of time and information exchange is factors that prevent user involvement.

**Conclusion:** Elderly and user involvement in hospital is a paradox because of time. Increased user orientation in healthcare is used as a means of improving the efficiency of hospitals. It may be an indication that it is the opposite that happens in relation to older people.

## 1.0 Innledning

I dag legges det vekt på å få til en sterkere brukerrolle i norsk helsevesen. Synet på pasienters og helsepersonells rolle har endret seg betydelig de siste årene. En mer aktiv pasientrolle og et partnerskap mellom helsepersonell og pasient er et ønsket mål.

Det overordna målet med brukermedvirkning er å styrke kvaliteten på helsetjenestene hvor brukernes synspunkt og vurdering er en viktig faktor for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere (HOD 2008). Verdien av å lytte til pasientenes stemme blir fremhevet og påpekt som nødvending i enda større grad enn tidligere. Dette viser seg blant annet ved at pasienter nå har fått en lovfestet medvirkningsrett (Pasient- og brukerrettighetsloven). For helsepersonell er det en etisk og juridisk forpliktelse å tilrettelegge for at pasienten skal kunne medvirke (Helsepersonelloven).

Dette refleksjonsnotatet tar for seg eldre og brukermedvirkning i utskrivelsesprosessen fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Eldre og brukermedvirkning kan gi spesielle utfordringer for helsepersonell da pasienten ofte har et sammensatt sykdomsbilde, svikt i kognitive funksjoner og usikker eller manglende samtykkekompetanse (ref). Bakgrunnen for dette temaet knytter seg til resultater fra den vedlagte forskningsartikkelen «Hvilke erfaringer har sykepleiere med planlegging av utskrivelse til eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten?». Artikkelen baserer seg på intervju med sykepleiere ansatt ved en akuttgeriatrisk avdeling. Sykepleierne opplevde at involvering av den gamle pasienten i utskrivelsesprosessen fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, var et område det var utfordrende å jobbe med og at involvering av pasienten ofte ble mangelfull.

Når akutt sykdom og funksjonssvikt rammer den eldre, vil det være behov for innleggelse i sykehus. Dette vil da oftest dreie seg om de eldste eldre, dvs. gruppen over 85 år og eldre (HOD 2007). Eldre mennesker vil ha positiv effekt av oppfølging i en spesialisert geriatrisk avdeling og personale med geriatrisk kompetanse for å få optimal diagnostikk og behandling med en helhetlig tilnærming (Gjerberg, Fretheim, Bjørndal 2006; Saltvedt 2006). Det er et overordnet mål at møtet med spesialisthelsetjenesten skal styrke de eldre pasientenes evne til mestring av egen sykdom og funksjonssvikt, og møte den enkelte med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse (HOD 2007). Gjennom likeverdige og

helhetlige tjenester av høy kvalitet skal spesialisthelsetjenesten sørge for at pasientene får rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering.

Etter en sykehusinnleggelse vil den eldre pasienten ofte ha behov for videre oppfølging fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskning har vist at dårlig samhandling mellom ulike tjenester og nivåer kan føre til negative konsekvenser som manglende diagnose, ukorrekt behandling, misnøye hos pasienten, reinnleggelse og død (Laugaland mfl. 2011). Planlegging av utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjenesten er det i stor grad sykepleier som har ansvar for og opptar store deler av arbeidsdagen deres, og de har en viktig oppgave med å forberede pasienten til neste omsorgsnivå (Foust 2007). Mangel på klare retningslinjer og prosedyrer har gjort dette arbeidet lite konsekvent (Danielsen og Fjær 2010). I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, og skal legge føringer for fremtidens helsevesen og retter spesielt oppmerksomheten mot brukerens behov for helhetlige og koordinerte tjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Reformen skal særlig gagne utsatte pasientgrupper som eldre med sammensatte problemstillinger og som bruker helse- og omsorgstjenester på flere nivåer.

Brukermedvirkning og den eldre pasienten må ses i lys av de føringer og rammebetingelsene som en akuttgeriatrisk avdeling gir. For å belyse dagens situasjon redegjøres det først i dette notatet om Samhandlingsreformen og utfordringer knyttet samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Videre redegjøres det for begrepet brukermedvirkning og sammenhengen med styringsideologien New Public Management, og hvilke utfordringer brukermedvirkning kan gi på et systemnivå. Til slutt ser vi nærmere på forskning knyttet til eldre og brukermedvirkning på et individnivå, sett i lys av blant annet teorien om overføringer (Transitional Care) (Meleis 2010), og sentrale aspekt ved tilrettelegging for brukermedvirkning.

## **2.0 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen ble vedtatt gjennomført for å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Det at pasientens behov for koordinerte og helhetlige tjenester tidligere ikke hadde blitt fulgt opp på en god nok måte, har i de senere år vært gjenstand for stor bekymring og dannet utgangspunktet for Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Tre hovedområder blir fremstilt som spesielt utfordrende i denne reformen: Dårlig koordinerte helsetjenester, for lite fokus på sykdomsforebygging og den demografiske

utviklingen. Disse utfordringene er assosiert med økte økonomiske utgifter og det er derfor viktig å iverksette tiltak. Hovedbudskapet i reformen er at pasienter skal få *rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Samhandlingsreformen blir definert som en retningsform. I Januar 2012 ble første del av reformen satt ut i live, og reformen innføres så gradvis i løpet av fire år. Det ble vedtatt juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige virkemidler for å nå målene. Reformen har som hovedmål at den skal bidra til en utvikling som gir økt satsing på forebygging, tidlig intervensjon og behandling og helhetlige pasientforløp - tjenester i kommuner og spesialisthelsetjenesten må være koordinerte og samkjørte. Dette skal bidra til en mer effektiv ressursbruk, og sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren. Reformen innebærer blant annet at kommunene skal ta et større ansvar for syke innbyggere og må ta imot pasienten med en gang den meldes utskrivningsklar fra sykehuset. Tanken er at dette er både kostnadsbesparende og bra for pasienten. Kommunene har med reformen fått tilført fullt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette innebærer at kommunene må betale en viss sum hvis utskrivningsklare pasienter blir værende i sykehus. I tillegg skal kommunene ha utviklet såkalte ”øyeblikkelig hjelp-tilbud” eller ”lokale mottak”, som døgnet rundt kan ta imot pasienter med forverring av kroniske tilstander, som et alternativ til sykehusinnleggelse.

Med innføringen av Samhandlingsreformen har det fulgt kritikk. Reformen har blitt kritisert for å være aldersdiskriminerende og kan føre til uheldige hendelser spesielt for de skrøpeligste eldre. For det første uttrykkes det bekymring for at de sykeste gamle ikke får nødvendig akutt helsehjelp med innleggelse i sykehus, men blir forsøkt utredet i lokalmedisinske sentre der de har mindre kompetanse og medisinsk utstyr. For det andre har det også blitt advart mot kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelse. Denne ordningen kan føre til at kommunene blir mer opptatt av å slippe å betale, mens sykehusene vil ha pasientene ut. I denne sammenhengen er det særlig viktig å merke seg dette da det berører forhold i utskrivelsesprosessen. Reformen blir da kritisert for å være mer en oppgavefordelingsreform som motvirker samarbeid når den bringer inn finansiering mellom nivåene (Romøren 2011). Denne ordningen kan sette noen klare begrensninger for samhandling og mulighet for pasienten å medvirke i utskrivelsesprosessen.

Samhandlingsreformen har nå vært iverksatt i snart fire år. I en følge-med rapport fra Helsedirektoratet (2014) belyses dagens situasjon og mulige utfordringer videre for



Samhandlingsreformen. Denne rapporten har som ambisjon å analysere utviklingen og gi en vurdering av måloppnåelse. Rapporten viser at kommunene tar imot de fleste pasientene samme dag de meldes utskrivningsklare. Samtidig har det også vært en nedgang i gjennomsnittlig liggetid på sykehus. Det kan se ut til at den kommunale plikten til å betale for utskrivningsklare pasienter i sykehus har bidratt til at flere skrives ut raskere enn tidligere. Dette er i tråd med målene i reformen, men samtidig har reinnleggelser økt etter opphold for pasienter som har blitt meldt utskrivningsklare og som blir tatt imot av kommunen innen en dag. I rapporten stilles nettopp spørsmålet om raskere utskrivning er økonomisk motivert, eller om det i hovedsak er faglig begrunnet. Reinnleggelser kan knyttes til endringene i utskrivningsmønstre, men kan også skyldes andre forhold som at pasientene er sykere enn før eller at kommunene ikke alltid kan gi et godt nok behandlingstilbud for de sykeste pasientene. Dette kan indikere at samhandlingsreformen nødvendigvis ikke har oppnådd målet med helhetlige behandlingsforløp.

Annen forskning av reformen viser til utfordringer knyttet til at utskrivningsklare pasienter øker i antall, at de skrives ut tidligere fra sykehuset og er sykere ved utskrivning enn tidligere (Grimsmo 2013). Reformen har ført til en mer krevende hverdag for ansatte i hjemmetjenesten, og det er behov for kompetanseheving (Øyen m fl. 2015). Hjemmetjenesten må ta imot pasienter med betydelige og sammensatte behov for videre behandling, pleie og omsorg, og må mestre et større spekter av oppgaver da de nå må utføre oppgaver som tidligere ble gjort av spesialisthelsetjenesten. Selv om det er en tydelig vekst i antall ansatte i kommunale hjemmetjenester, er det uavklart om kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å håndtere de nye utfordringene.

Fra pasientenes perspektiv viser en undersøkelse om pasienterfaringer med norske sykehus i 2013 at det spesielt er et forbedringspotensial nettopp når det gjelder utskrivning og samhandling (Bjerkan, Holmboe og Skuldal 2014). Utskriving er den indikatoren som får den dårligste skåren, som omhandler informasjon om hva pasienten kan gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall og informasjon om hvilke plager som kan oppstå i tiden etter sykehusoppholdet. Samhandling som får nest lavest skår, omhandler sykehusets samarbeid med fastlegen og med hjemmetjenesten eller andre kommunale tjenester.

### 3.0 Brukermedvirkning

Prinsippet om brukermedvirkning har særlig fått oppmerksomhet de siste ti-tjue årene på bakgrunn av en politisk og faglig erkjennelse om at folk bør ha en større mulighet til å påvirke hvordan offentlige tjenester utformes (Olsen 2009). Det kan forstås som del av en ny og mer demokratisk orientering, en utvikling styrt av ønsket om styrking av et tradisjonelt kristent/humanistisk ideal knyttet til å lytte til pasienten, ivareta pasientens autonomi og å gi individuelt tilpasset omsorg. Går vi femti år tilbake i tid var situasjonen i helsetjenesten annerledes og mer preget av en opphøyd bedrevitende ”ekspert” som visste, og en underdanig hjelpetrequende eller syk person som helst ikke skulle være for aktiv eller pågående (ibid).

Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren innebærer altså at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp, og skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Kravet om brukermedvirkning har blitt en lovfestet rettighet som først og fremst kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasientrettighetsloven 2001). Loven gjør det klart at alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. For helsepersonell er det en etisk og juridisk forpliktelse å tilrettelegge for at pasienten skal kunne medvirke (Helsepersonelloven 1999). Helsepersonell har plikt til å informere for å sikre at pasienten har fått et best mulig grunnlag for selv å kunne ta avgjørelser om hvilke behandlingstiltak som er egnet for å ivareta hans eller hennes interesser på kort og lang sikt.

Selve begrepet brukermedvirkning kan forstås på ulike måter. I litteraturen skilles det vanligvis mellom brukermedvirkning på systemnivå, politisk nivå og individnivå (Olsen 2009). På systemnivå handler medvirkning om at brukerens erfaringer blir tatt med i utviklingen av helsetjenestene hvor brukerrepresentanter uttaler seg på vegne av brukergrupper. På et politisk nivå dreier det seg om innflytelse på de overordnede politiske prioriteringer på nasjonalt, regionalt eller kommunalt nivå. På individnivå handler brukermedvirkning om å gi brukeren innflytelse og muligheter til å ta egne valg på tilbudet for egen behandling.

I det følgende skal vi se nærmere på hva brukermedvirkning innebærer på individnivå. Brukermedvirkning er et komplekst begrep, men vi finner i litteraturen at det henger tett sammen med begrepene mestring, empowerment (myndiggjøring) og autonomi.

Begrepet mestring er utviklet innenfor psykologi, og er særlig knyttet til menneskets reaksjoner på stress, påkjenninger, kriser eller sykdom (Heggen 2010). Mestring handler om å ha tilgang til ressurser som kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og evne til å utnytte disse for å bedre situasjonen. I helsesektoren omfatter begrepet både målsetting og prosess. Målsettingen er at personen skal oppnå et bedre resultat enn en ville fått uten mestringsarbeidet. Begrepet sikter også til en prosess, fra en tilstand preget av svak eller utilfredsstillende mestring – til bedre å mestre, eventuelt å opprettholde evne til mestring selv om problemene er økende, som for eksempel når en sykdomstilstand blir verre enn før. Lazarus og Folkman (1984) referert i Heggen (2010, s 65) foreslår denne definisjonen:

Vi definerer mestring som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over.

Denne definisjonen gir en god basis for å forstå hva mestring er. Definisjonen er prosessorientert, den legger vekt på hva personen tenker og gjør, og ikke på hva personen er. Den er knyttet til en konkret eller spesifikk utfordring og skiller mellom handling og utfallet. Den kan illustrere den situasjonen og de omstillingene det er behov for når den eldre pasienten blir innlagt på sykehus grunnet akutt sykdom, og videre en ny livssituasjon med tanke på å ha behov for hjelp etter utskrivelse.

For helsepersonell er det nødvendig å gå inn i de psykologiske sidene ved sykdom, og også de sosiale eller livsmessige sidene. Innenfor dette perspektivet må man aktivisere alle sidene som kan ha sammenheng med sykdom og rehabilitering – ikke bare det medisinske. Siktemålet inkluderer da også å legge til rette informasjon på en slik måte at den er relevant for pasienten, at den bidrar til å mobilisere til handling, og at den kan synliggjøre hvordan brukeren kan handle, og samhandle med andre, for å oppnå resultat. Dette kan illustrere den arbeidsmetoden som er idealet ved en akuttgeriatrik avdeling, hvor målet er å ha en helhetlig tilnærming til den eldre pasienten.

Brukermedvirkning relateres også til en såkalt empowerment-tenkning fordi brukermedvirkning forutsetter en myndiggjøring av bruker (ref), og der makt er en sentral dimensjon (Vik 2010). I følge teorien kan empowerment handle om å (om)fordele og (om)strukturere maktrelasjoner. Empowerment handler om å gi makt til de som har lite fra før, men som burde ha mer. Målet er å styrke den enkelte sine forutsetninger for å endre uheldige forhold slik at de kan være bedre i stand til å styre sine liv mot egne mål og behov. Det innebærer å gjøre pasienten deltakende og styrke hans ressurser. Dette gjøres blant annet ved å verdsette pasientens kunnskap om eget liv og omfordele makt. Pasienten veiledes av helsepersonell og gjennom å for eksempel gi pasienten kunnskap, praktiske råd og motivasjon, kan pasienten opparbeide seg deltakende kompetanse. Det innebærer ikke overtalelser for å endre pasientens meninger, men å støtte opp om pasientens opplevelse og erfaring med sykdommen, slik at pasienten selv kan ta egne valg. Helsearbeiders kunnskap er viktig for pasienten, men erstatter ikke deres egen kunnskap og erfaring om egen sykdom. Når pasienten får nødvendig kunnskap om egen sykdom kan dette bidra til en sterkere medvirkning (Olsen 2009).

Sett i lys av redegjørelsene ovenfor om brukermedvirkning og empowerment, er det grunn for å peke på at disse tilnærmingene og tankene om medvirkning og myndiggjøring, nødvendigvis ikke skal oppfattes som en ny tilnærming i omsorgen og sykepleien til den eldre pasienten. Det er ikke nytt å anta at gode resultater av helsehjelpen forutsetter ofte samarbeid med pasientene og god kommunikasjon (Molven 2010). Også innen sykepleie har vekten på pasientens selvbestemmelse stått sterkt som et overordnet premiss. Autonomi (selvbestemmelse, selvbestemmelsesrett) er et grunnleggende prinsipp i sykepleiernes yrkesutøvelse. Autonomi innebærer en personlig rett til handlefrihet i saker som angår en selv. Retten til autonomi bygger på det menneskesyn at menneske har en ubegrenset verdi som ligger i selve det menneskelige. Menneske er hva det "er" og ikke hva det "har". Alle er likeverdige på tvers av alle tenkelige forskjeller i utrustning, yteevne og livsstil. Retten til å være autonom innebærer en plikt for andre til å bidra til autonomi. Å opprettholde gamle menneskers selvbestemmelsesrett stiller store krav til sykepleieren og andre helsearbeidere. Selvbestemmelsesrett anses i sykepleien som en verdi som bare ved helt spesielle forhold kan settes til side, dersom en person er ute av stand til å foreta autonome valg.

Noe annet er at realisering av prinsippet om brukermedvirkning kan by på utfordringer, særlig når den det gjelder er i en svært sårbar situasjon. Det vil også være ulike strukturelle forhold

som kan gjøre reel brukermedvirkning for den eldre pasienten utfordrende. Særlig vil det gjelde i situasjoner der den eldre skal flytte mellom ulike tilbud. I institusjoner, særlig sykehus, hvor pasienter møter en rekke helsearbeidere i ulike roller, kan det bli uklart hvem som har ansvar for å formidle informasjonen. Situasjoner kan oppstå der noen stoler på at andre tar seg av formidlingen. Pasientene kan da for eksempel ende i et informasjonsvakuum (Molven 2010).

#### **4.0 New Public Management og brukermedvirkning**

Her vil jeg se nærmere på styringsmodellen som betegnes som New Public Management (NPM). Bakgrunnen for dette er at prinsippet bak brukerperspektivet i helsevesenet også kan ses i sammenheng med politiske strømninger som henter inspirasjon fra NPM, og vi skal se at innføringen av prinsipper fra denne styringsmodellen i helsesektoren kan sette noen klare begrensninger av strukturell karakter for reell brukermedvirkning for eldre i sykehus.

Ideologien bak NPM har preget den politiske tenkningen de siste ti årene. I utgangspunktet var dette benevnelse for politiske reformer som blant annet gikk ut på å privatisere offentlige virksomheter og å innføre markeder, blant annet i helsevesenet. Selv om flere av disse reformene har møtt sterk motstand, har de likevel etter hvert fått en viss gjennomslagskraft i flere europeiske land, også i Norge. Grunnlaget for NPM ligger i samfunnskritiske holdninger, både fra politikere og borgere, med mistriivsel i hvordan det offentlige og andre instanser møtte publikum på. De byråkratiske styringsprinsippene, med stor vekt på å følge regler og rutiner og behandle alle likt, uavhengig av individuelle behov, var i økende grad vurdert som et problem fordi det fremmet holdninger som førte til at de ansatte var lite imøtekommende. De mente at offentlig forvaltning på grunn av manglende incentiv hadde blitt ineffektivt. Det var behov for forbedring og effektivisering, og en tanke om at konkurranse kunne være en god strategi og skape kvalitet.

Effektivitet er sterkt fokusert innenfor NPM-reformene. Å oppnå mest mulig effektivitet er å produsere best mulig tjenester til lavest mulig kostnader, og samtidig ta hensyn til hvilke oppgaver som gjennomføres. Man skal ikke bruke ressurser på hva som helst, men på oppgaver som står i forhold til de målsettingene man har satt seg. Årsaken til at kravet om høyere effektivitet har blitt så viktig innenfor NPM-reformene, er ønske om å øke servicen og

kvaliteten på offentlige tjenester og samtidig redusere utgiftene. Ved å redusere offentlige utgifter vil man også kunne gi skattelette.

Et aspekt ved reformen er fokusering av brukermedvirkning hvor man, i tråd med markedsprinsipper, beveger seg fra å se en pasient til en (for) bruker. Dette innebærer at pasientrollen er i endring mot det som har blitt betegnet som *den moderne pasient* (Stamsø 2009) hvor pasienter ikke lenger er pasienter, men brukere. Innenfor denne *forbrukerdiskursen (ref)* er troen på at konkurranse skaper kvalitet, og denne underliggende forutsetningen operasjonaliseres ved for eksempel fritt sykehusvalg, pasienterfaringer som kvalitetsindikatorer og ved lovfestede rettigheter til medvirkning.

Kritikken av tankesettet bak NPM går ut på at de er basert på en for sterk tro på markedsløsninger og på at private løsninger alltid er bedre enn offentlige (Stamsø 2009). Reformene legger for stor vekt på målbare resultater, og resultater er ofte vanskelige å måle i offentlig sektor. Det kan også medføre større forskjeller i tilgang til tjenestene mellom rike og fattige, og medføre til et mer rigid, hierarkisk og kontrollerende system, som er stikk i strid med hensikten. En grunnleggende og generell kritikk har handlet om at NPM som ide har utgangspunkt i sektorer som har økonomisk gevinst som overordnet mål. Dette er ikke tilfelle for helsesektoren. Organisasjonsprinsipp og modeller som er utviklet med utgangspunkt i organisasjoner med økonomisk gevinst som mål, passer ikke nødvendigvis for sektorer som har andre overordnede mål og verdier (Kassah, Nordahl-Pedersen og Tønnesen 2014). Prinsippene og målene innenfor NPM-tankesett kan derimot betraktes nærmest som direkte motstridende til verdiene i helse- og omsorgstjenestene, og de kan da komme i konflikt med disse. De tar ikke menneskeverdet eller de menneskelige relasjonene på alvor (Kassah og Johansen 2014; Kassah m.fl. 2014).

De system- og strukturendringene som nye styringsregimer medfører, som er beskrevet ovenfor, setter betingelser for brukermedvirkning. Fokuset for sykehusets drift er kostnadseffektivitet; finansieringssystemet innen rammene av NPM impliserer at diagnoser og problemstillinger som raskt og effektivt lar seg reparere er de mest lønnsomme, og disse blir dermed ansett som de ideelle. Eldre er, som ovenfor redegjort for, ofte en pasientgruppe som har komplekse og sammensatte lidelser og fremstår dermed som en problemgruppe, om enn ubevisst. Vi kan ikke se bort fra at det presset som nå legges på sykehus til hurtig utskriving, vil innvirke på ansattes fortolkning av den eldre pasienten. Eldre er ofte referert i

internasjonal litteratur som bed-blockers (Cheek J. og Gibson T. 2003). I det ligger det også at tenkemåten kan bidra til en særegen oppfatning av den eldre pasienten på sykehus og at da sykehuset slik sett skaper en forståelse av den eldre pasient. Denne forståelsen er ikke konstant eller statisk, men vil hele tiden skapes og re-skapes av insentiver både innenfor og utenfor sykehuset og av både personalet og pasienter. Synet på eldre som bed-blockers kan kanskje ytterligere ha blitt påvirket etter innføringen av Samhandlingsreformen. Denne type fortolkning skulle da prege ansattes tilnærming til og forståelse av hvilke muligheter pasienten har for medvirkning.

En annen faktor er Eldres samfunnsmessige posisjon og rolle generelt, som også kan innvirke og sette betingelser for brukermedvirkning. En av de store utfordringene ved å bli gammel og skrøpelig er å bli avhengig av hjelp. Måten hjelperne møter den gamle på, er avgjørende for opplevelsen av verdighet, respekt og egenverd (Elster 2009). Eldre kan være i en særegen posisjon i forhold til andre pasienter når det kommer til medvirkning. Eldres medvirkning er derfor ingen selvfølge. Særlig gjelder det de som er mest syke og dårligst fungerende. Selve statusen som eldre kan også spille en rolle og ha betydning for brukermedvirkning. Eldre er i en fase der de opplever ulike tap, med tap av ulike funksjoner og oppgaver og ikke minst gjennom tap av mennesker som står dem nær. Tradisjonene er at eldre oppfattes som en gruppe som ikke stiller krav på egne vegne (Olson, G. I., & Schober, B. I. 1993). En antakelse kan da være at eldre vil oppleve at de også står i taknemlighetsgjeld til det offentlige for den hjelpen de får og ikke komme til å stille krav om medvirkning. I tråd med dette synet kunne en forvente at eldre først og fremst vil være takknemlige med hjelpen de får uavhengig om de blir involvert i beslutninger eller ikke. Det er imidlertid vist at eldre i dag ikke nødvendigvis tilpasser seg tap og en vanskeligere livssituasjon ved å kreve og forvente lite for egen del (Ytrehus 2015). Nye grupper eldre kan da komme til å stille krav om deltakelse og medvirkning på lik linje med andre grupper. Samtidig må vi regne med at uansett ønske og forventninger om medvirkning så kan selve helsesituasjonen sette klare begrensninger og påvirke de ressursene og mulighetene eldre har til medvirkning. Noen gamle er alvorlig syke og svært hjelpetrengende. Det kreves spesiell tilrettelegging for eldre på individnivå. Personenes eget selvbylde må styrkes så de kan få tilbake makten over eget liv.

## 5.0 Eldre og brukermedvirkning

I det følgende presenteres forskning knyttet til utfordringer relatert til brukermedvirkning for eldre i sykehus. Disse utfordringene knytter seg til faktorer som enten kan fremme eller hemme medvirkning hos pasienten selv, eller faktorer som ligger hos sykepleier som kan virke inn på muligheten for å kunne medvirke.

En norske intervjustudie av Foss (2010) finner at eldre pasienter ønsker å medvirke og gjorde store anstrengelser for å bli hørt. Atten pasienter 80 år eller eldre ble intervjuet en til to uker etter hjemkomst fra sykehus. Resultatene i studien indikerer at eldre erfarer tempoet i dagens effektive sykehus som overveldende, og som en faktor som vanskeliggjør medvirkning. Tid og tempo var assosiasjoner respondentene hadde om deres erfaringer med å bli hørt og få sagt det de ønsket under sykehusoppholdet. Medvirkning fremsto i de eldres beskrivelser ikke som en rettighet, men heller som en mulighet. Det betyr at personalet aktivt må se etter og hjelpe frem eldres ønsker og preferanser dersom de skal bli synliggjort i en travel hverdag.

En svensk studie fra 2012 (Ekdahl mfl.) konkluderte med at eldre skrøpelige pasienter sjelden ble invitert til å delta i avgjørelser relatert til deres utskrivelse. Mesteparten av utskrivelsene ble diskutert mellom leger og sykepleiere, og pasientene ble kun informert om avgjørelsene. Pasientenes opplevelser av medvirkning knytter seg til god informasjon, kommunikasjon og å bli hørt av helsepersonell som har tid. Helsepersonellet uttrykte at store deler av arbeidsdagen gikk med til å planlegge utreiser og dette gjorde dem frustrert. De komplekse behovene til de eldre pasientene ble ikke ivaretatt slik som ønskelig, og pasientene følte seg dermed ikke velkomne.

En norsk studie har tatt for seg eldre pasienters egne erfaringer med tjenester de har fått under sykehusoppholdet som forberedelse til utskrivelse til hjem eller sykehjem (Foss mfl. 2012). Resultater i studien viser at eldre ga uttrykk for at de ønsket å bli hørt. De oppga mangler ved både medvirkning, informasjon og opplæring. Hver fjerde pasient oppga at de overhodet ikke fikk fortalt personalet hva de selv mente var viktig for at de skulle kunne klare seg etter utskrivelse. Over halvparten oppga at de hadde fått liten eller ingen informasjon om virkning eller bivirkning av medikamenter. Svært få oppga å ha hatt en utskrivningssamtale. Av dem som var utskrevet direkte til hjemmet oppga 15,4 prosent at de ble skrevet ut til tomt hus. Studien konkluderer med at sykehuset ikke fyller sin del av det sømløse pasientforløpet.



En norsk studie fra 2014 (Dyrstad mfl.) utført ved to norske sykehus om eldres medvirkning i inn- og utskrivelsesprosessen i sykehus viser at det var varierende grad av informasjonsutveksling mellom helsepersonell og pasienter. Det ble også observert manglende involvering av pasienten i beslutningsprosesser (både ved innleggelse og utskrivelse), både hos pasienter og deres pårørende. Pårørende syntes å være viktige talsmenn både ved innleggelse og utskrivelse. Studien tyder på at pasientens deltakelse er påvirket av tidsbegrensninger og store arbeidsmengder for helsepersonell. Studien konkluderer med at de eldre pasientene trenger kontinuerlig støtte fra helsepersonell som erkjenner både den enkelte pasientens preferanser og deres evne til å kunne delta.

Huby mlf. (2007) sin studie har til hensikt å forstå hvordan eldre pasienter og helsepersonell oppfatter, erfarer og utøver medvirkning i planlegging av utskrivelse. Hovedfunn i denne studien viser at etablere kartleggingssystemer i forhold til fysisk og psykisk funksjon er styrende for utskrivelse og kan dermed ekskludere pasienter og til dels personale fra aktiv medvirkning.

I Karlawish, Casarett, Propert, James & Clark's (2002) studie tar for seg forholdet mellom Alzheimers sykdom og grad av brukermedvirkning knyttet til medisinsk behandling. Studiet viser at pasienter med mild grad av demens ( $MMS \geq 20$ ) medvirker i samarbeid med pårørende. I senere stadier blir avgjørelser i stor grad tatt av pårørende.

Walker og Dewar's (2001) studie tar for seg gapet de opplever mellom de politiske målsettingene og praksis i forhold til brukermedvirkning. De har i en kvalitativ casestudie undersøkt medvirkning på en alderspsykiatrisk avdeling der helsepersonell ble intervjuet om sine erfaringer knyttet til brukermedvirkning. Studien viser at et flertall av helsepersonell ikke var fornøyd med grunnlaget for brukermedvirkning på sykehuset. To hovedgrunner til dette var knyttet til sykehusets system og prosesser, og relasjonen mellom helsepersonell og pårørende. Studien argumenterer for at helsepersonell må reflektere over, og utfordre egne barrierer for å kunne realisere brukermedvirkning.

Teitelman, Raber & Watts (2010) har i en kvalitativ studie funnet at nøkkelen til medvirkning hos personer med demens er i hvilken grad miljøet tilrettelegger for medvirkning. Artikkelen konkluderer med en anbefaling om å innføre et positivt samarbeid mellom pasient, pårørende, helsepersonell og systemnivå i helsevesenet, basert på personsentrert demensomsorg.

I en norsk studie om brukermedvirkning i sykehusavdelinger, hvor målet var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med brukermedvirkning i sykehusavdelinger (Solbjør og Steinsbekk 2011), viser de seg at pasientene i stor grad medvirker på de ansattes premisser. Sykepleierne var enkelte ganger mer opptatt av praktiske gjøremål enn av å snakke med pasientene. Travelheten førte ofte til at sykepleierne stilte lukkede spørsmål og låste informantene til å svare ja eller nei, og på den måten unngikk de lengre samtaler.

Bjørnsland mfl. (2012) finner i sin kvalitative intervjustudie av pasienter innlagt på sykehus med kols-forverring, at pasientene erfarte det å være tydelig på egne behov var en fremmede faktor for medvirkning. Akutt sykdom, manglende krefter eller lite kunnskap hindret deres mulighet til å medvirke. Hindringene lå også i manglende kunnskap hos sykepleierne om pasientene, travelhet, og liten vilje til å dele sin beslutningsmyndighet. Informantene opplevde at sykepleierne fremmet medvirkning ved å vise forståelse og omsorg, og å ta seg tid til dem. Studien viser at pasientene i begrenset grad opplevde at det ble tilrettelagt for medvirkning, noe som er en lovfestet plikt for helsepersonell.

I en studie om brukermedvirkning i et akuttmottak fant Frank mfl. (2009) at pasienter må kjempe for å medvirke ved å ta i bruk ulike strategier, og at de følte seg underlegne i en maktkamp med personalet. Det å føle seg sett og få oppmerksomhet ga mulighet for sporadisk medvirkning når de var i dialog som ikke krevde for mye av dem og når de ble tiltalt som personer og ikke som en sykdomstilstand.

Sigstad (2004) hevder at brukermedvirkningsbegrepet ofte brukes som ren propaganda i helsekampanjer, uten at brukerens egne verdier nødvendigvis legges til grunn.

Brukermedvirkning utfordres også ved den tradisjonelle profesjonsrollen, og ved hierarkiet som preger helsevesenet. Pasienten og pårørendes muligheter for medvirkning ligger dermed i den enkelte helsepersonells hender, og i de praksisformer som er utviklet i systemet (ibid).

Lyttle og Ryan (2010) har foretatt en litteraturgjennomgang hvor fokus er eldres perspektiv på medvirkning i pleien. De finner mange utfordringer for helsepersonell, organisering av helsetjenester og for eldre mennesker spesielt, før reell medvirkning finner sted. Lyttle og Ryan fremhever at medvirkning i deres litteraturgjennomgang er vurdert generelt da kun en tredjedel av litteraturgrunnet omhandler eldre. Men siden eldre er den største gruppen av helsetjenestebrukere er deres syn innlemmet i de generelle studiene.

En australsk studie av Penny og Wellard (2007) har utforsket eldre menneskers medvirkning i egen pleie i en akutt sykehusavdeling. Funn i denne studien viser at eldre sidestiller medvirkning med det å være uavhengig. Studien belyser begrepet medvirkning ved å beskrive ”ikke medvirkning”; å ikke bli hørt, ikke få nok informasjon og travle sykepleiere. Medvirkning for eldre betyr involvering i aktiviteter som støtter uavhengighet, som for eksempel å ha oversikt over egne medisiner. De eldre ser på helsepersonell som eksperter, men ønsker likevel å delta i forhold til medisiner og utskriving.

## 6.0 Hva kan gjøres ?

Teorien om overganger (transitions) (Meleis 2010), som jeg her vil gjøre nærmere rede for, og gjennomgangen av tidligere forskning om brukermedvirkning for eldre på sykehus, gir grunn for å framheve noen hovedfaktorer som må være tilstede for å sikre brukermedvirkning for eldre i utskrivelsesprosessen.

Sykepleieren Afaf Ibrahim Meleis har utviklet en teori om transitions (overganger) med fokus på eldre pasienter i overgangsfaser. Med utgangspunkt i denne teorien er det utviklet et teoretisk rammeverk om overganger hvor målet er å bidra til at strategier om helse og mestring anvendes i ulike overganger hos eldre, og som kan brukes som et verktøy for sykepleiere i overføringsprosesser. Begrepet transition er utledet av det latinske verbet *transire*, som betyr å gå gjennom. Transition eller overgang defineres som det å bevege seg fra en fase, eller situasjon, eller en type status til en annen (Meleis 2010).

Eldre opplever en rekke overganger som er sterkt relatert til sviktende helse og behov for sykepleie, som i denne sammenhengen dreier seg om akutt innleggelse i sykehus og overgang til kommunehelsetjenesten. Dette skaper nye krav til mestring og gjør individet sårbart. Overføringer er et resultat av forandringer i liv, helse, forhold og miljø, og sykepleier er ofte involvert i pasienten og familien som gjennomgår slike overganger. Sykepleier må sette seg inn i forandringene og de krav som stilles for å gjøre overgangen god for pasienten og familien (Meleis 2010). For å nå dette målet må sykepleier ha kunnskaper om hvordan pasienten mestrer utfordringene og endringene som overgangen innebærer. Dette beskriver Meleis som det å observere helsefremmende prosesser. Videre må sykepleier tilegne seg kunnskaper om hvorvidt pasienten opplever at overgangsprosessen truer det som føles

meningsfullt i livet. Dette beskrives det som å vurdere overgangsprosessen gjennom prosessindikator. Til slutt må sykepleier ha kunnskaper om hvilke sykepleiehandlinger som kan bidra til at pasienten mestrer overgangsfasen på en best mulig måte.

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

Organisatoriske overganger. Denne oppgaven handler om organisatoriske overganger.

Imidlertid vil det samtidig være viktig å ha i mente at for den eldre pasienten så vil denne type overgang også innebære og sammenfalle med en overgang til en annen helsesituasjon og en ny livssituasjon.

### **Pasientperspektivet i overføringer**

Gjennomgangen av forskningslitteraturen gir grunnlag for å trekke fram ulike faktorer hos pasienten selv som hemmer medvirkning. Pasienter ser egen skrøpeligheit, sykdom og mangel på krefter som grunn til å ikke medvirke. Dette legger noen føringer for hva som kreves av sykepleier for å fremme medvirkning. En faktor som teorien om overganger framhever er årvåkenhet blant sykepleierne (Meleis 2010). Årvåkenheten leder til engasjement, både for sykepleier og pasient. Skrøpelige eldre krever en spesiell årvåkenhet fra sykepleier med sitt komplekse sykdomsbilde. 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.

Det er grunnleggende for sykepleien å vektlegge pasientens opplevelse, hans ønsker og mål i pleie. Det vil være helt essensielt å kartlegge og spørre hva pasienten selv ønsker videre for å kunne klare seg etter utskrivelse. Dette stiller krav til sykepleiers erfaring og kompetanse. Eldre er langt i fra en homogen gruppe og skrøpelige eldre krever spesiell årvåkenhet av sykepleier. 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. Ikke innarbeidede rutiner for pasientdeltakelse.

Funn i artiklene understreker betydningen av informasjonsutveksling mellom sykepleier og pasient. 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, lite støtte og råd og utilstrekkelig og motstridende informasjon er forhold som kan hemme overføringen.

Kontakt og interaksjon mellom sykepleier og pasient er viktig. En forutsetning for å få til medvirkning er å få til god kommunikasjon med den eldre. Litteraturen peker på flere forhold av mer generell karakter som må være oppfylt for at god kommunikasjon skal være mulig. Dette vil selvfølgelig også gjelde når målet er å få til brukermedvirkning for den eldre ved utskrivning. Kommunikasjonen må være direkte og tydelig, og det er viktig å gi pasienten en følelse av å mestre situasjonen. Altfor mange spørsmål som pasienten ikke kan besvare, kan for eksempel skape en følelse av utilstrekkelighet.

Kommunikasjonen med akutt syke gamle kan by på store utfordringer ved et opphold på en akuttgeriatrisk avdeling og også ellers ved sykehusinnleggelse. Syn- og hørselssvikt er svært vanlig. På grunn av redusert allmenntilstand blir den gamle pasienten ofte sliten og orker ikke å snakke så mye. Kognitiv svikt fins hos minst en av fire gamle som innlegges akutt i sykehus, noe som hemmer kommunikasjonen. Personer med kognitiv svikt og demens stiller ansatte overfor særlige utfordringer om hvordan den enkelte kan medvirke. Med nedsatt evne til kommunikasjon kan det også være vanskelig for pasienten å forstå informasjon om sykdommen og om utredning og behandling. Kommunikasjon med den akutt syke gamle krever gode rammer og kommunikasjonsteknikk. Kommunikasjonen bør skje uten tidspress og skjermet mot forstyrrende sanseintrykk. Situasjonen i en sykehuskorridor er derfor ikke heldig.

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. God kommunikasjon som gjør at selv en kognitivt svekket pasient forstår hovedbudskapet, er en kunst. Det er viktig at informasjonen fremstilles klart og enkelt, og at pasienten ikke stilles overfor mer enn en problemstilling om gangen.

Personsentrert sykepleie bidrar til å se personen bak sykdommen og styrker relasjonen mellom pasient og sykepleier. Denne tilnærmingen er mulig å gjennomføre der pasient og sykepleier har en relasjon over tid, men kan være vanskelig ved korte sykehusinnleggelse. Til tross for travelhet og sykehusrutiner er essensen av denne tilnærmingen allikevel mulig. For sykepleiere handler det om å være tilgjengelig i situasjonen og få frem pasientens personlige ønsker for sin behandling og pleie. Det teoretiske rammeverket tydeliggjør kompleksiteten i overgangsfaser, og dermed behovet for helhetlig og kontinuerlig sykepleie hevder Meleis. Dette er viktig i et helsevesen der økonomi og kostnadskutt truer sykepleiefaglige verdier. Pasientene fremhever tid og kontinuitet som avgjørende. Helsepersonell er forpliktet til å tilrettelegge for informasjon og medvirkning, og i følge helsepersonell-loven skal tjenesten organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Gjennomført primærsykepleie, turnus som tilrettelegger for kontinuitet er nyttige hjelpemidler for å nå målet. Det er pasientens behov for skal styre kompetansen og bemanningen på arbeidsstedet, og her er det opp til sykepleiere å argumentere for nødvendig tid til de skrøpelige eldre.

### **Pårørende i overføringene**

Funn i artiklene gir grunn til å framheve pårørendes betydning for brukermedvirkning for den eldre pasienten i utskrivelsesprosessen, spesielt for de med kognitiv svikt. Mange gamle pasienter er avhengig av andre personer for å greie hverdagen, og de fleste har pårørende som blir involvert i forbindelse med akutt sykdom. Også når det gjelder pasienter som er kognitivt velfungerende og kan fremme sin egen sak, er det nyttig og viktig å høre pårørendes oppfatning av pasientens helsetilstand og hvordan vedkommende fungerer hjemme. Meleis teori trekker frem viktigheten av samarbeid med familien som en forutsetning for å skape engasjement og mestre overgangen for den eldre. Teorien understøtter også det å observere, vurdere og informere pårørende slik at de kan ta aktiv del i å redefinere og finne ny mening i en endret livssituasjon, og i hvilken grad pårørende er villig til å modifisere tidligere forventninger og erstatte dem med realistiske forventninger. Det er viktig å få med pårørende på laget, slik at de kan oppmuntre, støtte og trøste pasienten. De kan også kommunisere viktige opplysninger om pasientens symptomer og preferanser. Et godt samarbeid med pårørende bidrar til bedre behandling og forberedelse til utskrivning.

## **Informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune**

Formidling av skriftlig informasjon om pasientens helsesituasjon er en viktig brikke i et helhetlig arbeid, som i denne sammenhengen vil være å formidle informasjon videre til kommunehelsetjenesten. Dette vil være essensielt for å ivareta pasienten og kvalitetssikre omsorgen videre etter utskrivelse. Det har imidlertid vist seg at det er en stor utfordring med mangelfull dokumentasjon og kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Forskning viser at viktig informasjon om behandling og oppfølging ved innleggelse eller utskrivelse fra sykehus, følger ikke alltid med pasienten (Hellesø mfl. 2004, Paulsen og Grimsmo 2008). Ulikt syn på hva som er viktig informasjon og innholdet i det som dokumenteres kan variere (Hellesø mfl. 2004). Innføring av elektronisk informasjonsutveksling har vært et sentralt middel for å svare på dette problemet. Målet er å skape bedre samhandling, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsutvekslingen, for på den måten å friggi mer tid til direkte arbeid med pasientene.

## **7.0 Avslutning**

Vi har sett gjennom forskningslitteraturen at eldre pasienter ser hindringer i medvirkning i for liten tid og høyt tempo i sykehus, og mangelfull informasjon og opplæring. Eldre har et ønske om å bli hørt. Pasientene ser egne begrensninger for medvirkning i skrøpelighet og lite krefter under sykehusinnleggelse. Forskningslitteraturen har vist at sykepleiere kan fremme pasientens medvirkning ved å vise omsorg, gi støtte, være aktive, fremme dialog ved å tilrettelegge for optimal kommunikasjon og informasjonsutveksling. En god overføring forutsetter tett samarbeid med både pårørende og kommunehelsetjenesten.

Vi har sett at det teoretiske rammeverket basert på Meleis teori om overganger, kan gi nyttige og viktige innspill for sykepleiere for å få til gode overganger for den eldre ved å fremme helse og mestring. Teorien tydeliggjør samtidig kompleksiteten i overgangsprosesser, og synliggjør dermed behovet for en helhetlig og kontinuerlig sykepleie for den gamle pasienten.

Travelhet og høyt tempo er gjennomgående i forskningslitteraturen, sett fra både pasient og sykepleiers syn, som en faktor som bidrar til å hemme medvirkning. Sett i lys av Samhandlingsreformen og de rammene en sykehusdrift befinner seg i, kan vi si at tid og tempo i en sykehusavdeling er et paradoks i forhold til brukermedvirkning. Medvirkning

foregår innenfor en ramme hvor effektivisering og rasjonell sykehusdrift er sentralt. Økt brukerorientering i helsevesenet blir brukt som et virkemiddel til nettopp effektivisering av sykehusene. Det kan være en indikasjon på at det er det motsatte som skjer i forhold til eldre mennesker, i det at effektiviteten synes å være et hinder til deres mulighet til medvirkning.



## 8.0 Litteraturliste

Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(18):2539-46.

Bjerkan AM, Holmboe O, Skudal KE. (2014). *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013* (PasOpp-rapport nr. 2 /2014).

Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B., Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. Vol. 8, nr. 1, 2012.

Bondevik M. (2012) Sykepleie til eldre. Grunnleggende prinsipper. Red. Nygaard HA, Bondevik M, red. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Kap. s. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Cheek J, Gibson T. (2003) Issues impacting on registered nurses providing care to older people in an acute care setting. *Nurs Times Res* 2003; 2:1344-49.

Danielsen B, Fjær S. (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 5 (1): 36-43.

Dyrstad, D.N., Laugaland, K.A. & Storm, M. (2014). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*.

Ekdahl AW, Linderholm M, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M. (2012). Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds? A qualitative observational study. *BMJ Open*. 2012;2(6).

Elster E. (2001) *Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker*. s. 49-93. Oslo: Kommuneforlaget.

Foss C (2010). Man vil jo ikke forstyrre – Eldre menneskers erfaring med medvirkning i sykehus. *Geriatrisk Sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2/nr. 1,16-20.

Foss. C., Hofoss, D., Romøren, T I., Bragstad, L K. & Kirkevold, M. (2012). Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien Forskning* 2012:7,4, 324-333.

- Foust JB. (2007) Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*. 2007; 20 (2): 72- 7.
- Frank C, Asp M og Dahlberg K (2009) Patient Participation in Emergency Care – Phenomenographic study based on patients` lived experiences. *International Emergency Nursing*, 17(1): 15-22.
- Gjerberg E, Fretheim A, Bjørndal A. (2006) Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Grimsmo A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 2, (8):148-155.
- Heggen, Kåre. (2007). Rammer for meistring. Ekeland, Tor-Johan og Heggen, K. (Red.). *Meistring og myndiggjøring*. 1. Utgave. Kapittel 4. s. 65-82. Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Nasjonal strategi for spesialisthelsetjeneste for eldre 2008-2012*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.  
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Spesialisthelsetjenestestrategi%20for%20elder.pdf>
- Helsedirektoratet (2013). *Samdata – spesialisthelsetjenesten 2012*. Rapport IS-2074. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten>  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-nasjonale-resultater-i-2013>
- Huby G, Stewart J, Tierney A, Rogers W. (2004). Planning older people's discharge from acute hospital care: Linking risk management and patient participation in decision- making. *Health Risk Soc*. 2004;6(2):115-32.
- Kassah, B. L. L., Kassah, A. K. og Johansen, L. I. (2014). *Makt - et viktig begrep for å forstå utfordringer som følger av samhandlingsreformen*. I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tønnesen, S. (2014). *Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene*. I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing risk factors for transitional care of the elderly – Literature review. In Albolini, S., Bagnare, S., Bellani, T., Llaneza, J., Rosal, G. & Tartaglia, R. (Eds.). *Healthcare Systems Ergonomics and Patient safety 2011 – An alliance between Professionals and Citizens for Patient Safety and Quality of Life*. CRC Press, Taylor & Francis Group, London, UK. ISBN: 978-0-415-68413-2.

Lov om helsepersonell (1999). *Helsepersonelloven*. Av 1999-07-02-64.

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

Lyttle, D., Ryan, A. (2010) Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 2010; 5: 274-282.

Meleis AI. Red. (2010) *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company; 2010.

Molven, Olav. (2012). Informasjon og medvirkning. Molven, O. (Red.). *Helse og juss*. 7. Utgave. Kapittel 11. s. 195-210. Gyldendal Juridisk.

Molven, Olav. (2012). Rett til selvbestemmelse. Molven, O. (Red.). *Helse og juss*. 7. Utgave. Kapittel 11. s. 173-193. Gyldendal Juridisk.

Olsen, Benedicte C. R. (2009). Om å vite best - sammen. Brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. Stamsø, Mary Ann (Red.), *Velferdsstaten i endring*. 2. utgave. Kapittel 5. s. 144-176. Gyldendal Akademisk.

Olson, G. I., Schober, B. I. (1993). The satisfied poor. *Social Indicators Research*, 28(2), 173-193. doi:10.1007/bf01079657

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Av 1999-07-02-63. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Penny W., Wellard S J. (2007). Hearing what old consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 2007; 13: 61-68.

Ranhoff Hylen, A. (2008). *Den akutt syke gamle*. I: Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Kap 17 s. 225-236. Red. Kirkevold M, Brodtkorb K, Hylen Ranhoff A. 2. Utg. Gyldendal Akademisk.

Romøren TI. (2008) *Eldre, helse og hjelpebehov*. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Red. Kirkevold M, Brodtkorb K, Hylen Ranhoff A. Kap 2 s. 29-38. Gyldendal Akademisk.

Romøren, TI. (2011). Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejeforskning*;1: 82–8.

Saltvedt I. (2006). *Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit: results from a prospective randomized trial*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience and Department of Cancer Research and Molecular Medicine.

Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning - Alibi eller realitet? *Norsk Lægeforening vol. 1* s. 63-64.

Solbjør M og Steinsbekk A (2011) Brukermedvirkning i sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaringer. *Tidsskrift Norsk Legeforen*,31:130-1.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Respekt og kvalitet: Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Oslo: Helse- og sosialdirektoratet.

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

Stamsø, Mary A. (2009). New Public Management – Reformen i offentlig sektor. Stamsø, Mary A. (Red.). *Velferdsstaten i endring*. 2. utgave. Kapittel 2. s. 67-85. Gyldendal Akademisk.

Storm, M., Siemsen, I.M., Laugaland, K., Dyrstad, D.N., Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 14, April-June.

Teitelman, J., Raber, C., & Watts, J. (2010). The power of the social environment in motivating persons with dementia to engage in occupation: qualitative findings. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(4), 321-333.

Vik, Lars J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. Ekeland, T-J. og Heggen, K. (Red.). *Meistring og myndiggjøring*. 1. Utgave. Kapittel 5. s. 83-100. Gyldendal Akademisk.

Walker, E., & Dewar, B. J. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 329-337.

Ytrehus, S. (2015). Fattig i eldre år. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Nr. 1. 2015.

Ytrehus S, Øyen K R, Corneliussen H G, Sunde S O, Mittenmeier E, Strand G L, Solheim, M, (2015). *Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?* Vestlandsforskning, Høgskulen i Sogn og Fjordane: Rapport- Nr. 1/2015. [http://www.vestforsk.no/filearchive/hisf\\_rapport\\_2015\\_1.pdf](http://www.vestforsk.no/filearchive/hisf_rapport_2015_1.pdf)

## Artikkel

### **Eldre og overføringer fra sykehus til kommunehelsetjenesten – sykepleieres erfaringer med planlegging av utskrivelse etter Samhandlingsreformen**

#### **Forfatter nr. 1**

Tone Kettilsen

Masterstudent i helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Høgskole og Lovisenberg  
Diakonale Høgskole

#### **Forfatter nr. 2**

Siri Ytrehus

Professor ved Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

**Antall ord: 2989**

# Sammendrag

## Bakgrunn

Flere eldre vil i årene fremover ha behov for innleggelse i sykehus. For den gamle pasienten som kan ha et komplekst sykdomsbilde og mange ulike hjelpebehov etter utskrivelse kan overføringer mellom ulike tjenestenivå være spesielt utfordrende. For sykepleiere i sykehus er planlegging av utskrivelse en sentral oppgave og en viktig forutsetning for at pasienten skal ha det bra etter utskrivelse.

## Hensikt

Undersøke sykepleieres erfaringer med planlegging av utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjenesten etter innføring av Samhandlingsreformen.

## Metode

Studien har en kvalitativ tilnærming og individuelle intervjuer ble benyttet.

## Resultater

Resultatene viser at sykepleierne erfarer tidsmessige lettelsener og tettere dialog med kommunehelsetjenesten etter innføring av elektronisk kommunikasjonsverktøy. Imidlertid opplever sykepleierne utfordringer knyttet til mangelfulle innleggelsesrapporter, når svar ikke kommer raskt nok og uhensiktsmessig språkbruk i elektroniske meldinger. Mangelfull involvering av pasienten i utskrivelsesprosessen erfares spesielt utfordrende da kommunikasjon og informasjon er tidkrevende, samtidig som sykepleierne ikke har innflytelse på hvilke tilbud pasienten får etter utskrivelse.

## Konklusjon

Sykepleierne mener elektronisk informasjonsutveksling er et effektivt system, men dette vil ikke alene være med på å sikre en god utskrivelse. Tid og tempo i sykehuset synes å være et hinder for å inkludere pasienten i utskrivelsesprosessen på en god nok måte.

**Nøkkelord:** sykepleie, planlegging av utskrivelse, eldre, overføringer, kvalitativt intervju.

## **Abstract**

### **Background**

Several elderly will in future years require hospitalization. For the old patient whom may have a complex illness and many different care needs after discharge transfers between different service levels will be especially challenging. For nurses in hospitals discharge planning are a central task and an important prerequisite for the patient to feel good after discharge.

### **Objective**

Examine nurses' experiences with discharge planning from hospital to community health service after the introduction of the Coordination Reform.

### **Method**

The study has a qualitative approach and individual interviews.

### **Results**

The results show that nurses experience temporal relief and closer dialogue with community health services after the introduction of electronic communication tools. However, nurses' challenges related to inadequate hospitalization reports, when the answers do not come quickly enough and inappropriate language use in electronic messages. User involvement of the patient in discharge planning experienced particularly challenging when communication and information is time-consuming.

### **Conclusion**

Nurses believe electronic information is an effective system, but this alone will not help to ensure a good discharge. Time and pace in the hospital seems to be an impediment to include patient discharge process in an adequate manner.

**Keywords:** nursing, discharge planning, elderly, qualitative interview.



## Innledning

Antall eldre vil i årene som kommer øke, og vi vil få flere eldre med langvarige og sammensatte helsetilstander. Samhandlingsreformen har satt særlig fokus på å styrke innsatsen overfor denne pasientgruppen som ofte bruker helse- og omsorgstjenester på flere nivåer. Målene med reformen har vært å skape mer helhetlige og koordinerte tjenester, og å styrke samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Reformen har også et overordnet samfunnsøkonomisk perspektiv. Virkemidlene i reformen er av både rettslig, økonomisk, faglig og organisatorisk karakter (1). Reformen innebærer blant annet at kommunen skal ta et større ansvar for syke innbyggere og må ta imot pasienten med en gang den meldes utskrivningsklar fra sykehuset.

Når akutt sykdom rammer den eldre, kan det være behov for innleggelse i sykehus. Dette vil oftest dreie seg om de eldste eldre, gruppen over 85 år og eldre (2). Eldre pasienter med akutt sykdom og samtidige funksjonsproblemer kan ha positiv effekt av innleggelse i en geriatrisk sykehusavdeling for å få optimal diagnostikk og behandling med en helhetlig tilnærming (3, 4). Eldre pasienter som kan ha et komplekst sykdomsbilde (5), vil også ofte ha behov for videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten etter utskrivelse. Ved overføring fra et tjenestenivå til et annet, er denne pasientgruppen spesielt utsatt for fragmentering av omsorgen (6). Overføringer av eldre mellom tjenestenivåer kan være risikofylte og er ofte assosiert med uheldige hendelser som manglende diagnose, ukorrekt behandling, misnøye hos pasienten, reinnleggelse og død (7,8). Høy kvalitet i overgangsfaser regnes derfor som spesielt viktig (6-9).

I denne sammenhengen har det vært pekt på flere ulike utfordringer når det gjelder å få til gode overføringer. Samhandlingen mellom tjenestenivåene har vært preget av ineffektiv kommunikasjon, manglende helhetstenkning, urealistiske forventninger og manglende forståelse for det andre nivåets ressurser og arbeidsform (10). Forskning har vist at viktig informasjon om behandling og oppfølging ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus, ikke alltid følger med pasienten (10-11). Det er også ulikt syn på hva som er viktig informasjon og innholdet i det som dokumenteres kan variere (11). I tråd med samhandlingsreformen har innføring av elektronisk meldingsverktøy for informasjonsutveksling vært et viktig virkemiddel for å møte denne utfordringen (12).

Det pekt på flere ulike faktorer som kan være sentrale i utskrivningsprosessen for å få til gode overføringer. Et forhold av særlig betydning er nettopp det å ha gode faglige tilnærminger og rutiner for utskrivelse for at pasienten skal ha det bra etter utskrivelse (13-15) Ansvar, åpenhet, respekt og tillit mellom de ulike involverte aktørene trekkes frem som nødvendige verdier og forutsetninger for å oppnå god samhandling (10,13,15-16). Erfaring og kontinuitet er andre faktorer som kan bidra til en vellykket utskrivningsprosess (10, 15). Samarbeid med pårørende ses også på som en viktig faktor i dette arbeidet. Inkludering av pårørende kan redusere lengden på sykehusoppholdet og sjansen for reinnleggelser (17).

Som direkte omsorgspersoner med den mest kontinuerlige tilstedeværelse i avdelingen, har sykepleiere en avgjørende rolle i å forberede pasienter til neste omsorgsnivå. For den eldre kan slike overganger skape nye krav til mestring. Et sentralt mål for sykepleie vil derfor være å hjelpe pasienter som befinner seg i slike overgangsfaser, og bidra til at den eldre mestrer denne overgangen på en best mulig måte (17). Planlegging av utskrivelse som en integrert del av omsorgen er derfor en viktig og sentral del av sykepleiers oppgave (14-15).

Denne artikkelen studerer sykepleieres erfaringer med planlegging av utskrivelse til eldre pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse. Studien har hatt følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere med planlegging av utskrivelse til eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten?

## **Metode**

### **Datainnsamling**

Individuelle intervju er valgt fordi denne metoden er hensiktsmessig for å få fram sykepleieres egne erfaringer og opplevelser (19, 20).

### **Utvalg og rekruttering**

Deltakerne var sykepleiere fra en akuttgeriatrisk sengepost ved et lokalsykehus i en større by. Avdelingsleder ble forespurt både skriftlig og muntlig om tillatelse for å få gjennomført intervjuene, som videre bistod førsteforfatter med å inkludere informanter med følgende inklusjonskriterier; sykepleiere med minst to års erfaring for å sikre erfaringer før og etter

innføringen av Samhandlingsreformen, stillingsbrøk som innebar dagvakter da planlegging av utskrivelse hovedsakelig foregår på dagtid, samt både kvinner og menn. Utvalget bestod av i alt seks deltakere, fem kvinner og en mann, med arbeidserfaring fra 2 til 30 år. To av sykepleierne har spesialisering i geriatrisk sykepleie.

### **Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene foregikk som en samtale hvor informanten ble bedt om å fortelle historier om hendelser og gi eksempler på situasjoner fra deres arbeidshverdag. Intervjuene var delvis strukturerte og ble gjennomført ved hjelp av intervjuguide. Formålet med intervjuguiden var å sikre at visse temaer som det var ønskelig å undersøke ble belyst, samtidig sikre at informantene fikk fortelle fritt. Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen med temaer som det var ønskelig å belyse. Sentrale tema i guiden var erfaringer og opplevelser i samarbeid med kommunehelsetjenesten, pasient og pårørende i utskrivelsesprosessen.

Intervjuene ble gjennomført høsten 2013. Intervjuene hadde en varighet på 45-60 minutter og ble tatt opp på lydbånd. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene.

### **Å forske i eget felt**

Sykehusavdelingen som ble valgt ble først og fremst ansett som et relevant sted for å belyse undersøkelsens problemstilling. Samtidig har førsteforfatter et nært forhold til avdelingen da det er hennes egen arbeidsplass. For førsteforfatter ville det være praktisk for gjennomføringen og et håp om å få enkelt innpass. Det kan være en styrke å gjennomføre studier i en kjent kontekst fordi forsker da har gode forutsetninger for å forstå det som framkommer i intervjuene (20). I tillegg har det vært viktig å være oppmerksom på at egne forkunnskaper på en negativ måte kan prege studien og påvirke resultatene, for eksempel fordi forsker kan ha vansker med å belyse forhold som er selvsagte innenfor kulturen og som blir tatt for gitt (20). Det at det har vært to forskere som har deltatt, der en ikke kjenner avdelingen, har kunnet bidra til å redusere denne ulempen. I tillegg til at teoretiske perspektiver og tidligere forskning på området, nysgjerrighet og engasjement for prosjektet bidrar til nødvendig distanse.

## Analyse

Intervjuene ble transkribert fortløpende. Systematisk tekstkondensering ble anvendt i analysen (19). For å danne et helhetsinntrykk ble intervjuene lest igjennom flere ganger. Dette ga grunnlag for å vurdere aktuelle temaer. Målet var å ta utgangspunkt i teksten og så analysere trinnvis fram ny forståelse. De foreløpige temaene ga deretter grunnlag for å trekke fram meningsbærende tekst. De meningsbærende enhetene ble deretter organisert i ulike koder, og innholdet ble til kortere og mer konsise formuleringer. Til slutt ble det på bakgrunn av kodene utviklet tre hovedkategorier; ”Elektronisk informasjonsutveksling”, ”Behov for direkte kommunikasjon ” og ”Mangelfull involvering av pasienten”.

## Etiske hensyn

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dataene ble anonymisert og informantene ble nummerert. Informantene hadde på forhånd mottatt informasjonsskriv om studien, og samtykkeskjema ble signert før intervjuet startet. De fikk informasjon om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn.

## Resultater

### Elektronisk informasjonsutveksling

Det elektroniske kommunikasjonssystemet mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten består både av standardisert informasjonsutveksling og elektronisk dialog gjennom såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger). Informantene omtaler her først og fremst PLO-meldinger som skrives i fritekst og standardiserte innleggelsesrapporter.

Informantene beskriver flere positive erfaringer med elektroniske meldinger. Intervjuene gir grunnlag for å trekke frem tid som en viktig faktor. Da tidligere telefonkontakt kunne medføre stress og frustrasjon med telefonkø eller å ikke oppnå kontakt med den andre parten, kan man nå enkelt sende en melding og bruke tid på andre arbeidsoppgaver.

*« Jeg kan hele tiden forespeile videre planlegging og forberede kommunen før vi melder pasienten utskrivningsklar. Jeg kan skrive hva jeg har snakket med pasient og pårørende om. Jeg vet at det blir lest det jeg skriver, og da kan andre lese hva jeg har skrevet og hva svaret er....» ( nr. 1)*

Selv om informantene stort sett uttrykker at de er fornøyde, ga intervjuene også grunnlag for å identifisere flere utfordringer med det elektroniske kommunikasjonssystemet. Når svar ikke kommer raskt nok kan det oppstå utfordrende situasjoner i utskrivelsesprosessen.

*« Av og til ringer jeg når jeg har behov for å avklare ting kjapt. Det er ikke alltid jeg kan vente på svar når jeg er avhengig av deres tilbakemelding som et ledd i planleggingsprosessen. Da kan det bli forsinkelser i utskrivningen. Kvaliteten sikres ikke like godt gjennom meldingene når pasienten skal skrives ut og jeg ikke har fått svar om viktige ting » ( nr. 5 )*

Språkbruk er også en faktor noen av informantene trekker fram som en utfordring. Informantene forteller om tilfeller hvor de opplever bruk av store bokstaver, utropstegn og mange spørsmålstegn etter hverandre. Informantene gir uttrykk for at dette kan oppstå på grunn av misforståelser eller uenigheter.

De standardiserte innleggelsesrapportene som skal sendes fra kommunehelsetjenesten ved innleggelse kan oppleves utfordrende. Flere av informantene forteller at de må bruke tid på å etterlyse informasjon fordi rapporten ikke kommer i det hele tatt, eller at de har behov for utfyllende informasjon.

*« Det IPLOS-systemet med tall er litt lite beskrivende. Det beskriver veldig lite pasienten, skulle ønske det var skrevet mer utfyllende i forhold til både fysisk funksjonsområde og det kognitive » ( nr. 2 )*

### **Behov for direkte kommunikasjon**

Samarbeidet med kommunehelsetjenesten er også preget av saksbehandlere som kommer på vurderingsbesøk i avdelingen. Det er ingen faste rutiner for besøkene og ulike bydeler jobber

forskjellig. Noen kommer ofte, andre sjeldent. Flere informanter uttrykker at de opplever slike besøk betydningsfulle i planleggingsprosessen.

*« Jeg synes det er veldig bra at saksbehandlerne kommer hit på avdelingen, det gjør samarbeidet lettere. Da har vi et ansikt å forholde oss til og det er lettere å være hyggelig »*  
(nr. 5)

En annen sier det slik:

*« Jeg glemmer av og til at pasienten i hjemmesituasjonen er noe helt annet enn i en korridor med masse rom og så videre... så ofte klarer de seg mer hjemme enn vi klarer å se her på sykehuset »* (nr. 4)

Likevel er det noen av informantene som forteller om tilfeller hvor slike besøk kan oppleves utfordrende. Noen av informantene mener også at det i noen tilfeller kan oppleves unødvendig å bruke tid på slike besøk da all informasjon allerede er gitt via elektroniske meldinger.

*« Av og til føler jeg at vi blir etterprøvd, at de går oss i sømmene... når vi er helt klare i vår sak at denne pasienten ikke kan reise hjem, men må ha sykehjems plass. Da stusser jeg over deres ressursbruk »* (nr. 3)

### **Mangelfull involvering av pasienten**

Informantene formidler at de ønsker å involvere pasienten i planleggingsprosessen, men at de i varierende grad føler de klarer dette i tilstrekkelig grad. Intervjuene ga grunnlag for å fremheve ulike faktorer som informantene anså som utfordrende. En faktor var mangel på tid. Det kan være utfordrende i en hektisk arbeidshverdag med mange praktiske gjøremål å finne tid til å ha en tilstrekkelig god nok samtale med pasienten. En av informantene sier det slik:

*« Det kan bli litt sånn i forbifarten at man snakker med pasienten. Du skal stelle, gi medisiner, mate, i visitt med legene... Jeg forsøker å finne ut av hva pasienten selv tenker hvis de er i stand til det. Men det er liten tid og pasienten får mindre tid til å forandre tankene i sitt eget hode. De er gamle, de er skjøre i hodet og kroppen... »* (nr. 6)

En viktig medvirkende faktor til mangel på tid kan være kommunikasjonsutfordringer med pasienter med kognitiv svikt. I slike situasjoner krever kommunikasjon og informasjon ekstra tid:

*« Pasienten er ikke alltid forberedt på det som skal skje. Mange har jo en kognitiv svikt, så selv om du har fortalt pasienten om for eksempel hjemreise eller plass på sykehjem, så kan det komme som en overraskelse fordi de har glemt det. Så det er veldig vanskelig...» (nr. 5)*

Flere av informantene formidler også at det ofte kan være vanskelig å informere pasienten fordi sykepleier ikke vet hva kommunen kommer med av tilbud.

*« Det er vanskelig hvis pasienten spør; ”Får jeg plass på sykehjem, hvor får jeg plass på sykehjem?”, og jeg må hele tiden si ”Nei, det vet jeg ikke, det er det bydelen som bestemmer”. Og så er det jo vanskelig for de å forstå at jeg ikke vet det. Jeg må hele tiden svare at jeg ikke vet. Og så plutselig er beskjeden der om at pasienten skal på sykehjem, og alt må skje veldig raskt...» (nr. 1)*

Samarbeid med pårørende fremkommer i intervjuene som en viktig og naturlig del av sykepleiernes arbeidshverdag. Intervjuene ga imidlertid grunnlag for å trekke frem enkelte sider ved dette arbeidet som kan oppleves ekstra utfordrende. Når pårørendes ønsker gikk i strid med pasientens egne ønsker for hva som skal skje etter utskrivelse, eller når pårørende har urealistiske forventninger til hva sykehuset kan bestemme eller avgjøre av videre omsorgsnivå etter utskrivelse.

## Diskusjon

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å studere sykepleieres erfaringer med planlegging av utskrivelse ved en akuttgeriatrisk avdeling etter innføring av samhandlingsreformen. Et viktig virkemiddel for å få til god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, har vært implementering av elektronisk informasjonsverktøy. Funnt i denne studien gir grunnlag for å framheve flere positive faktorer etter implementering av elektronisk informasjonsutveksling. Sykepleierne erfarte at dette bidro til en mer effektiv arbeidshverdag og ga tidsmessige lettelser, sammenliknet med tidligere telefonbruk. Dette er også i tråd med funn i andre studier (21, 22). I tillegg viste det

seg at elektroniske meldinger ga mulighet for økt dialog. I større grad enn tidligere hadde sykepleierne mulighet for å utveksle informasjon underveis, og få raske svar tilbake. Andre studier som kan ha en overføringsverdi til våre funn, har vist at elektroniske meldinger mellom hjemmetjenesten og fastleger førte til tettere kontakt og bedre tilgjengelighet til hverandre (23-25). I likhet med våre funn ble elektroniske meldinger også lett tilgjengelig og lesbar i motsetning til muntlig informasjon, noe som gjør informasjonen mer pålitelig. Dette resultatet kan nettopp forstås i lys av myndighetens mål om at bruken av elektroniske meldinger skal bidra til mer effektive tjenester, frigjøre mer tid til andre arbeidsoppgaver og sikre kvalitet på informasjonsutvekslingen.

Selv om informantene stort sett hadde positive opplevelser med elektronisk informasjonsutveksling, gir resultatene i denne studien også grunn til å peke på utfordringer med ufint språk. En forklaringen på dette kan være at systemet ikke var godt nok innarbeidet da informantene ble intervjuet kun et halvt år etter innføringen. Det vil være lite hensiktsmessig og uetisk med slike meldinger da de er en del av pasientens journal. Klarere retningslinjer for språk, form og bruken vil være nødvendig.

Informantene i denne studien framhever spesielt utfordringer med elektroniske innleggelsesrapporter. Informasjonen kan oppleves mangelfull eller lite relevant. Sykepleier er avhengig av adekvat informasjon om pasientens helsestatus fra forrige nivå for å gi hensiktsmessig helsehjelp (26,27). Manglende innhold i innleggelsesrapporten kan medføre at sykepleierne må innhente sykepleiefaglig informasjon via omveier, noe som kan påvirke sykepleiernes tidsressurs. Denne utfordringen er også påpekt i andre studier (28). Elektronisk innleggelsesrapport fører med dette ikke automatisk til gevinster i form av kvalitetssikring av informasjonsutveksling, for på den måten føre til effektivitet og frigjøring av mer tid til pasientene (11,29).

Denne studien peker på at sykepleierne ser liten nytte av IPLOS. En annen studie viser at også sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan ha vanskeligheter for å se nytten av IPLOS i sitt arbeid (30). Dermed er det grunn til å anta at IPLOS har liten praktisk nytteverdi for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. IPLOS kan oppfattes som lite hensiktsmessig verktøy i forhold til direkte arbeid med pasienter fordi tallene ikke sier noe om hvilke problemstillinger sykepleiere hjelper pasienten med, hva de utfører av oppgaver og hvilke resultater sykepleierne oppnår i kommunehelsetjenesten.



Selv om samhandlingsreformens intensjoner om at elektronisk kommunikasjon skal være ”den normale måten å kommunisere på” mellom helsepersonell, framhever denne studien at det ikke kun kan basere seg på dette. Flere informanter hadde positive opplevelser med direkte møter med saksbehandlere i kommunen som en del av planlegging av utreiser. Selv om resultatene på dette området er noe sprikende, peker det i retning mot at det også må skapes mer rom for direkte kommunikasjon. Resultatene viser at dette kan bidra til å øke forståelse, kjennskap, tillit og samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene. Muntlig rapport gir i tillegg mer rom til å gi feedback, stille spørsmål og teste ut vurderinger og observasjoner (31). Samhandlingsreformen legger vel ikke direkte opp til slike møter med tanke på en intensjon om kortere liggetid i sykehuset.

Et annet viktig funn i denne studien viser at sykepleierne opplever mangelfull involvering av pasienten i utskrivelsesprosessen. I tråd med annen forskning (32), uttrykker våre informanter at høyt tempo og travelhet kan være et hinder for å gi informasjon og ha en tilstrekkelig god nok samtale. Å få fram pasientens egne behov og ønsker vil være helt essensielt for å få til en god utskrivelse. Den eldre pasienten vil være ekstra sårbar i forhold til selv å være tydelig på egne ønsker og krever derfor særlig oppmerksomhet fra sykepleier. Forskning viser at eldre ønsker å medvirke, men personalet må aktivt se etter og hjelpe frem Eldres ønsker dersom de skal bli synliggjort (32,33). Når sykepleier viser omsorg, forståelse og har tid til samtale og gi god informasjon, gir dette pasienten mulighet til å ta del i beslutningsprosesser om egen helsehjelp. Når vi ikke gir pasienten mulighet til å si sin mening kan vi gå ut i fra at helsepersonell ”bestemmer over hodet” på pasienten, eller at vi tror vi vet hva som er det beste for pasienten.

## Begrensninger

Dette er en kvalitativ studie. Resultatene kan ikke generaliseres. Et utvalg med andre sykepleiere ville kunne gi andre resultater. Likevel bygger denne artikkelen seg på resultater som er fremtredende og som informantene engasjerer seg i igjennom samtaleintervju. Førsteforfatter har kjennskap til avdelingen og informantene som kan sette noen klare begrensninger. Inntrykket av dette har imidlertid først og fremst vært positivt, i tillegg til at annen forsker har bidratt, demper denne ulempen.

På grunn av utskrivningspraksisens kompleksitet kan det i denne artikkelen være vanskelig å få fram helheten i dette arbeidet, men likevel kommer det frem viktige deler av denne praksisen som kan gi innspill på hva som kan bidra til en god utskrivelsesprosess.

## **Konklusjon**

Planlegging av utskrivelse er et komplekst og omfattende arbeid. Sykepleier er mer enn en koordinator i dette arbeidet, og har en viktig rolle i forhold til å forberede pasienten på det som skal skje etter utskrivelse for å sikre en god overføring. Denne studien viser flere positive sider av elektronisk informasjonsutveksling. Elektronisk informasjonsutveksling er et effektivt system, men det vil ikke alene være med på å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Denne studien viser at det er mangelfull involvering av pasienten under innleggelse. Helsepersonell plikter å gi informasjon og legge til rette for at pasienten skal kunne medvirke ved egen helsehjelp, og pasienten har en lovfestet rett til å motta informasjon. Dette hindrer dannelse av partnerskap mellom pasient og sykepleier, og pasientens opplevelse av innflytelse på egen helsehjelp. Dette synes å være en stor utfordringen i helsevesenet i dag, hvor gjennomsnittlig liggetid i sykehus blir stadig kortere og pasientene skrives stadig raskere ut til kommunehelsetjenesten.

## Litteraturliste

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. Nr. 47 (2008–2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Nasjonalt strategi for spesialisthelsetjeneste for eldre 2008-2012*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Spesialisthelsetjenestestrategi%20for%20eldre.pdf>
3. Gjerberg E, Fretheim A, Bjørndal A, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. [www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=5928](http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=5928)
4. Saltvedt I. Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit results from a prospective randomised trial elektronisk ressurs. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine; 2006.
5. Wyller TB. Geriatri – en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2011.
6. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51:556–557.
7. Dyrstad, D.N., Laugaland, K.A. & Storm, M. (2014). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*.
8. Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2011). Addressing risk factors for transitional care of the elderly – Literature review. In Albolini, S., Bagnare, S., Bellani, T., Llana, J., Rosal, G. & Tartaglia, R. (Eds.). *Healthcare Systems Ergonomics and Patient safety 2011 – An alliance between Professionals and Citizens for Patient Safety and Quality of Life*. CRC Press, Taylor & Francis Group, London, UK. ISBN: 978-0-415-68413-2.
9. Boling, P.A. (2009). Care Transitions and Home Health Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(1), 135+.
10. Danielsen, B., & Fjær, S. (2010). *Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 36-43.

11. Paulsen B, Grimsmo A. (2008) God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Sintef  
RAPPORT:[https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport\\_a7877\\_god\\_vilje-daarlig\\_verktoey\\_om\\_samhandling\\_mellom\\_sykehus\\_og\\_kommunale\\_omsorgstjenester.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport_a7877_god_vilje-daarlig_verktoey_om_samhandling_mellom_sykehus_og_kommunale_omsorgstjenester.pdf)
12. HOD (2013). En innbygger – en journal. Stortingsmelding nr.9. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.(2012 -2013).
13. Atwal A (2002). Nurses perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 39, 450-458.
14. Morris J, Winfield L, Young K (2012). Registered nurses perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*. Vol. 2, No 1.
15. Watts R & Gardner H (2005). Nurses perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*. 7, 175-183.
16. Foust JB (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*. 20 72-77.
17. Bauer m fl (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing* – Vol18, september 2009 – 2539-2546.
18. Meleis AI. Red. (2010) Transitions Theory. New York: Springer Publishing Company; 2010.
19. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk, Oslo.2012.
20. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. Fagbokforlaget, Bergen. 2011.
21. Melby L, Hellesø R. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care* 2010; Apr-Jun; 10: e039.
22. Melby L, Hellesø R, Wibe T. Electronic discharge reports and information to municipal health services. *Tidsskrift for Den norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin*. 2010;130 (10): 1037-9)

23. Lyngstad M, Grimsmo A, Hofoss D, Hellesø R. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of clinical nursing*. 2014.
24. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International journal of medical informatics*. 2014;83:343–53.
25. Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. Klara Borgen, Line Melby, Ragnhild Hellesø og Aslak Steinsbakk. I *Sykepleien Forskning* nr 1, 2015; 10: 44-51 doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53388
26. Olsen, R.M. (2013). Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. Doctoral thesis Doktorgradavhandling, Institutionen för Hälsovetenskap, Mid Sweden University, Faculty of Human Sciences. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628706/FULLTEXT01.pdf>
27. Melby L, Hellesø R, Wibe T. Electronic discharge reports and information to municipal health services. *Tidsskrift for Den norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin*. 2010;130 (10): 1037-9.
28. Nordberg (2015) Innleggelsesrapporter utfordrer sykepleiekontinuiteten. <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/innleggelsesrapport-utfordrer-sykepleiekontinuitete>
29. Skarsgaard S, Lyngstad M. ELIN-k prosjektet. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- OG omsorgstjenesten. Oslo; Sluttrapport Versjon 1,0; 2011
30. Tøndel G. Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i praksis. *Geriatrisk Sykepleie* 2011; 3(1): 4–8.
31. Meum, T. (2010). “Ja takk, begge deler» - overgang fra muntlig til elektronisk rapport i sykepleien. I Aanestad, M og Olaussen, I (red). *IKT og samhandling i helsesektoren – digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. (s. 89 – 102) Oslo: Tapir Akademisk Forlag.
32. Foss C (2010). Man vil jo ikke forstyrre – Eldre menneskers erfaring med medvirkning i sykehus. *Geriatrisk Sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2/nr. 1,16-20.
33. Foss. C., Hofoss, D., Romøren, T I., Bragstad, L K. & Kirkevold, M. (2012). Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien Forskning* 2012:7,4, 324-333.

## **Forespørsel om gjennomføring av forskningsprosjekt – informasjonsskriv til avdelingsleder**

*Hvilke erfaringer har sykepleiere med planlegging av utskrivelse til eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten?*

### **Innledning**

Jeg er masterstudent på studiet Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Høgskole/Lovisenberg Diakonale Høgskole. Jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave, og i den forbindelse ønsker jeg å intervju sykepleiere ved akuttgeriatrisk enhet. Temaet for oppgaven er planlegging av utskrivelse og sykepleiers rolle og utfordringer i dette arbeidet.

### **Mål og hensikt**

Hensikten med undersøkelsen er å studere hvilke erfaringer og utfordringer sykepleiere har med tanke på å få til så gode utskrivelser som mulig til den gamle pasienten. Målet er å finne ut av hvilken rolle sykepleiere har i forhold til planlegging av utskrivelse, og hva sykepleiere opplever er hemmende og fremmende faktorer med tanke på å få til det de mener er en god utskrivelsesprosess. Mulige funn ved studien kan være til fordel for avdelingen.

### **Metode**

Jeg ønsker å gjennomføre samtaleintervju ved hjelp av en intervjuguide og lydopptaker. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

### **Rekruttering av informanter**

I samarbeid med deg som avdelingsleder ønsker jeg å rekruttere 8-10 sykepleiere som jeg kan intervju. De som svarer ja til å delta vil motta informasjonsskriv samt samtykkeerklæring i god tid før intervjuet skal gjennomføres. Sammen må vi planlegge egnet tid og sted. Jeg har et ønske om at dette kan gjennomføres i sykepleierens arbeidstid slik at det ikke går utover deres fritid.

De som skal intervjues må minst ha to års arbeidserfaring, kvinner og menn inkluderes. For å sikre at informantene har tilstrekkelig erfaring må de også ha en viss stillingsbrøk som innebærer dagvakter da planlegging av utskrivelse hovedsakelig foregår på dagtid. Deltakerne må kunne gi informert samtykke om å ville delta, og har mulighet til å kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt. Dataene anonymiseres og oppbevares på en forsvarlig måte (i et innelåst skap som kun jeg har tilgang til).

Med vennlig hilsen

Tone Kettilsen

Tlfnr: 926 52 983

Mail: [tkettilsen@hotmail.com](mailto:tkettilsen@hotmail.com)

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*Hvilke erfaringer har sykepleiere med planlegging av utskrivelse til eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten?*

Jeg er masterstudent på studiet Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Høgskole/Lovisenberg Diakonale Høgskole. Jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave, og i den forbindelse ønsker jeg å intervjuer sykepleiere ved akuttgeriatrisk enhet.

Temaet for oppgaven er planlegging av utskrivelse og sykepleiers rolle og utfordringer i dette arbeidet. Jeg er interessert i å finne ut hvilken rolle sykepleier har ved akuttgeriatrisk enhet i forhold til planlegging av utskrivelser, og hva sykepleiere opplever som hemmende og fremmende faktorer med tanke på å få til det de mener er en god utskrivelsesprosess.

I studien ønsker jeg å få frem sykepleieres egne tanker, synspunkter og opplevelser rundt temaet. For å finne ut av dette ønsker jeg å intervjuer 8-10 sykepleiere som er ansatt ved akuttgeriatrisk avdeling. Når jeg intervjuer deg vil jeg bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

Det skal ikke være noe ulempe for deg å delta. Jeg ønsker hovedsakelig å legge det til arbeidstiden din slik at du ikke trenger å bruke fritiden på dette.

### **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.

Ved utskrivning av intervjuet fra lydbåndet vil alle opplysninger anonymiseres. Lydbåndet og notater vil bli oppbevart innelåst og vil bli slettet når sensuren på prosjektet faller. 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.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som følger med. Dersom du har spørsmål om studien kan du kontakte meg på tlf. 926 52 983 eller via mail

[tkettilsen@hotmail.com](mailto:tkettilsen@hotmail.com)



Prosjektet er meldt til Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.  
Prosjektet er planlagt å avsluttes våren 2014.

Med vennlig hilsen

Tone Kettilsen

**Samtykkeerklæring:**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur .....

Telefonnummer.....

## INTERVJUGUIDE

**Tema:** Utskrivelse fra sykehus – den akuttgeriatrike pasienten – sykepleiers rolle, erfaringer og utfordringer.

**Problemstilling:** «Hvilken rolle, erfaringer og utfordringer har sykepleier i planlegging av utskrivelse til den akuttgeriatrike pasienten?»

### **Intervjuspørsmål:**

#### Tema 1 Kommunikasjon med kommunehelsetjenesten

Hvordan er rutineene i forhold å kommunisere med kommunehelsetjenesten når det gjelder planlegging av utskrivelse? (når begynner planleggingen, hvordan foregår informasjonsutvekslingen? tilgjengelighet?!)

- Hva fungerer godt? Beskriv eksempler (Ulike forventninger, tenker sykehus og kommune likt med tanke på pasientens behov?)
- Hva fungerer ikke godt? Beskriv eksempler
- Er det tiltak du mener kan bedre kommunikasjonen? Hvordan kan dette eventuelt implementeres i praksis?

#### Tema 2 Dokumentasjon

- Hvordan er rutineene for sykepleiedokumentasjon ved planlegging av utskrivelse? (hvordan fungerer dokumentasjonen underveis i sykehusoppholdet? foreligger sykepleiedokumentasjon ved utskrivelse? hva anses som viktig informasjon?)

- Hva fungerer godt? Beskriv eksempler
- Hva fungerer ikke godt? Beskriv eksempler

#### Tema 3 Tverrfaglig samarbeid

Hvordan er rutineene på avdelingen i forhold til tverrfaglig samarbeid? (får sykepleier dele sin informasjon? blir det tatt hensyn til sykepleiers vurderinger?)

- Hva fungerer godt? Beskriv eksempler
- Hva fungerer ikke godt? Beskriv eksempler
- Beskriv hva du mener er sykepleiers viktigste oppgave i det tverrfaglige teamet.

#### Tema 4 Pasient og pårørende

Hvordan er rutinene på avdelingen i forhold til å samarbeide med pasient og pårørende med tanke på planlegging av utskrivelse?

- Hva fungerer godt? Beskriv eksempler
- Hva fungerer ikke godt? Beskriv eksempler
- Hvordan inkluderes pasienten i hva som skal skje etter utskrivelse fra sykehus?(Er pasienten vanligvis godt nok forberedt på det som skal skje etter utskrivelse?)

#### Tema 5 Sykepleiers rolle i planlegging av utskrivelse

Hvordan vil du beskrive din rolle som sykepleier i planlegging av utskrivelse?

- Hva fungerer godt/ikke godt? Beskriv eksempler

## **Veiledning forskningsartikler for tidsskriftet Geriatrisk sykepleie**

### **Forfatterveiledning**

Artikkel med vedlegg og følgebrev sendes i e-post til redaktør

[Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no](mailto:Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no)

### **Om Geriatrisk sykepleie**

Tidsskriftet Geriatrisk sykepleie er et vitenskapelig og faglig tidsskrift som blir utgitt tre ganger i året. Vi ønsker å formidle sykepleieforskning i Norge. Geriatrisk sykepleie har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at sykepleiere leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis. I hvert tidsskrift er det to vitenskapelige og en fagartikkel foruten kronikker, omtaler og fortellinger fra praksis.

Geriatrisk sykepleie har et opplag på 1600 eksemplarer som er indeksert på Nivå 1.

Forskningsartiklene vi publiserer er tilgjengelig for alle på vår hjemmeside som ligger inn under sykepleien.no og faggruppen Geriatri og demens. Vi inviterer en fagfelle til å referee bedømme originalartiklene. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

### **Generelt**

Artikkelmanuskript skrives på norsk og alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets dox-form.

All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsida (inkluderer ikke overskriftssida eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all korrektur.

Antall ord er maksimalt 3000 for vitenskapelige artikler (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser). For mindre artikler som kronikker og fortellinger fra praksis max 1500 ord.

#### INNHOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

Vitenskapelige artikler og fagartikler struktureres etter IMRAD prinsippet, som betyr introduksjon, metode, resultat og diskusjon.

#### **1. Tittelside:**

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

Bilde av forfattere i .jpeg format sendes inn når artikkelen er godkjent av redaktør.

## 2. Sammendrag

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3–5 nøkkelord

### **Engelsk sammendrag (abstract)**

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3–5 engelske nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

### **Tekstsider**

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

## Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

**Introduksjon** til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

**Metodedel** (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

**Resultater.** Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

**Diskusjon** (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

**Konklusjon** Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

## Figurer og tabeller

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykingsarbeid.

## Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Alle forfatternavn skal foranstilles og ha fet skrift. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang og

ikke utgave oppgis. Antall forfattere på referanse liste er fem + mfl. Dersom forfatterne skal nevnes i teksten er det tre + mfl.

### **Innsending av manuskript**

Artikkelen sendes som e-post *i ett dokument*. Følgende til redaktør og erklæring om interessekonflikter sendes som separate vedlegg til e-postadresse [Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no](mailto:Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no)

### **Følgende til redaktør**

Følgende kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

### **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering.

Geriatrisk sykepleie bruker åpen fagfelleevaluering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for sykepleiere?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfelle for vurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.



Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Geriatrisk sykepleie. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

### **Krav til medforfatterskap**

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

### **Guidelines for referees 2013**

<b>Artiklene bedømmes ut fra følgende punkt:</b>	
1. Er artikkelen innen for Geriatrisk sykepleie?	
2. Er bakgrunnen tilstrekkelig til at man kan forstå, hvorfor artikkelen er relevant?	
3. Er metode og design hensiktsmessig beskrevet?	
4. Er etiske aspekter beskrevet tilfredsstillende?	
5. Er den teoretiske ramme beskrevet, (hvis relevant)?	
6. Er resultatet av undersøkelsen beskrevet klart?	
7. Er tabeller og figurer nøyaktige, sier de noe essensielt, er de lette å forstå?	

8. Er resultat og diskusjon adskilt? tilfredsstillende?	
9. Er det i diskusjonen knyttet an til teorier og/eller empiri?	
10. Er det konsistens mellom forsknings-spørsmål, design og diskusjon?	
11. Er litteraturen relevant, og er den korrekt angitt?	
<b>Referee personerne skal vurdere artikkelen skriftlig. Gi en kort beskrivelse ut fra de ovenstående punkt og konkluder om:</b>	
12. Artikkelen kan publiseres, som den er?	
13. Et eller noen avsnitt skal omskrives/endres/utdypes?	
14. Artikkelen skal avvises?	
15. Kommentarer.	

**Er du villig til å påta deg ny runde med referee uttalelser dersom det er  
nødvendig ift samme artikkel?**

.....

Revidert 16. september 2013



Harald Hårfagres gate 25  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel +47-55 58 21 17  
Fax +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr 985 321 884

Siri Ytrehus  
Institutt for sykepleie og helse  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 15.05.2013

Vår ref:34288 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

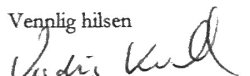
34288	<i>Utskrivelse fra sykehus - den akuttgeriatriske pasienten - sykepleiers rolle og utfordringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Siri Ytrehus</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Kettilsen</i>

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 gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Tone Kettilsen, Lakkegata 56, 0187 OSLO



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Data innhentes ved intervju med sykepleiere ved en akuttgeriatrisk enhet. Data registreres i form av lydopptak (på bånd, ikke elektronisk) og transkripsjoner.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, 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 andre personentydige kjennetegn, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og koblingsnøkkel (f.eks. navneliste).

Resultatene publiseres på en slik måte at heller ikke avdelingsleder kan identifisere noen. Lydbåndene slettes ved prosjektslutt (jf. informasjonsskrivet).



