



Sykepleiers bidrag til trygge overføringer fra sykehus  
Nurses contributions to safe care transitions from hospital

Kandidatnummer: 1129

VID vitenskapelige høgskole

Campus Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BaSyk17

Antall ord: 10 721

19.03.2020

## SAMMENDRAG

Eldre pasienter som skrives ut fra sykehus til hjemmet er en kjent situasjon for sykepleiere. Samhandlingsreformen har i Norge lagt press for å oppnå kortere liggetid på sykehus, som gjør at mange pasienter skrives ut på et tidligere stadium enn før. I denne oppgaven blir problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg utskrivelse, når eldre pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet?» forsøkt besvart ved bruk av litteraturstudie som metode. 5 relevante forskningsartikler ble valgt ut, og problemstillingen blir diskutert ved å anvende funn og relevant teori. Funnene avdekket at hjemmesituasjon, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og god planlegging var viktige faktorer for en trygg utskrivelse av eldre pasienter. Det bør vises hensyn til helhetlige behov, og planleggingen bør inkludere god organisering, relevante faggrupper og den enkelte pasient sine syn og ønsker.

## ABSTRACT

Elderly patients being discharged from hospital to home, is a familiar situation for nurses. The Norwegian Samhandlingsreformen (translates to 'the Collaboration reform') has put pressure on achieving shorter hospitalization time, which results in many patients being discharged at an earlier stage than before. This paper is trying to answer the research question "How can nurses contribute to a safe discharge, when elderly patients are being discharged from hospital to home?", using literature study as method. 5 relevant studies were chosen, and the research were discussed using the studies' results and relevant theory on the subject. The results were that the home situation, patient participation, interdisciplinary collaboration and thorough planning were important factors for a safe hospital discharge for elderly patients. Holistic needs should be accounted for, and the planning should include well organization, relevant disciplines, and the individual patients views and wishes.

# INNHALDSFORTEGNELSE

1. Innledning .....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2. Problemstilling.....	7
1.3. Avgrensing av problemstilling .....	7
1.4. Definisjon av begreper .....	7
1.5. Oppgavens disposisjon .....	8
2. Teori.....	9
2.1. Den eldre pasienten .....	9
2.2. Samhandlingsreformen .....	10
2.2.1. Samhandling og eldre.....	11
2.3. Utskrivelsesprosessen .....	12
2.3.1. Pasientsikkerhetsprogrammet.....	13
2.3.2. utfordringer ved utskrivelse av eldre .....	14
2.4. Organisasjonsteori.....	15
2.5. Sykepleieteori – Ida Jean Orlando.....	15
3. Metode.....	17
3.1. Valg av metode .....	17
3.2. Søkeprosessen .....	17
3.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
3.3. Systematisering og vurdering av relevans.....	19
3.4. Kildekritikk og etiske overveielser .....	20
4. Funn .....	22
4.1. Eksterne faktorer .....	22
4.1.1. Hjemmesituasjonen .....	22
4.1.2. Planlegging og organisering av utskrivelsen .....	23
4.1.3 Samhandling og kommunikasjon .....	24
4.2. Pasientspesifikke faktorer .....	26
4.2.1 Pasientmedvirkning .....	26

4.2.2. Involvere pårørende .....	26
4.2.3. Vurdering av pasienten .....	27
4.2.4. Tverrfaglig samarbeid .....	28
5. Diskusjon .....	30
5.1. Unngå for tidlig utskrivelse .....	30
5.2. God vurdering av pasienten .....	31
5.3. Konsultering av pasienten .....	33
5.4. Tilstrekkelig informasjon til pårørende og behandlere .....	34
5.5. Plan for hjemmesituasjon, og god samhandling .....	36
6. Oppsummering .....	39
Kilder .....	40
Vedlegg 1: Pico-skjema .....	
Vedlegg 2: Søkehistorikk .....	
Vedlegg 3: Litteratormatrise .....	



# 1. INNLEDNING

I desember 2019 kunne VG i en spesialartikkel i sin nettavis avsløre de mange samhandlingsavvikene som ble rapportert av helsepersonell i 2018. Pasienter sendt hjem i minusgrader med kun én sko, med andre pasienters helseopplysninger, og sendt hjem til uverdige levekår, er kun tre av de mange avvikene knyttet til utskrivelse som legges frem. Skal vi tro VG, er det pasientene som må lide etter innføringen av Samhandlingsreformen. Journalistene fant 5230 avvik knyttet til samhandling i 2018 (Fraser, Sæther, Haram, Mosveen & Majid, 2019). Hvordan kan vi unngå at pasientene våre blir en del av denne sørgelige statistikken?

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt er trygg utskrivelse fra sykehus. Gjennom bachelorstudiet i sykepleie har jeg vært gjennom en rekke praksisperioder, både i kommunehelsetjenesten ved sykehjem, hjemmesykepleie og bolig for rusmisbrukere, og i spesialisthelsetjenesten ved medisinsk og kirurgisk sengepost. Arbeidsoppgavene ved disse stedene varierer i stor grad, men en ting jeg har lagt merke til ved samtlige av arbeidsplassene er at mange pasienter, brukere og beboere er frem og tilbake mellom kommunen og sykehus ved flere ulike anledninger. En beboer på sykehjemmet ble innlagt på sykehus med hjerneslag, en beboer i boligen for rusmisbrukere ble innlagt på sykehus med perforert galleblære, og fra sengepostene ble utskrivelsen planlagt fra den dagen pasienten kom inn. Samhandlingen som foregår rundt og med pasienten kan være avgjørende for å få dekket pasientens behov (Fjørtoft, 2016, s. 105). Sykepleierne på sengepost har som regel ansvar for planleggingen av pasientens utskrivelse, og innehar dermed en viktig rolle for å kartlegge pasientens behov. Verdens helseorganisasjon (WHO) legger frem i sin rapport «World Report on Ageing and Health» at mellom 20-40% av eldre over 65 år i en rekke vestlige land har opplevd svikt i samhandlingen knyttet til pleie. I Norge lå prosenten på et sted mellom 35 og 40% (World Health Organization, 2015). I det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge Hender 24-7» er trygg utskrivning valgt ut som ett av innsatsområdene, og programmet slår fast at pasienter ikke får nok informasjon ved utskrivning (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018a).

## 1.2. Problemstilling

Problemstillingen er som følger:

«Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg utskrivelse, når eldre pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet?»

## 1.3. Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å fokusere på sykepleieren på sykehus sin rolle i å bidra til trygg utskrivelse av eldre pasienter. Sykepleieren jobber pasientrettet på sengeposten, og kan derfor være nøkkelpersonen til å vite hva pasienten har av behov knyttet til utskrivelse. Det er også sykepleierne som kommuniserer med kommunen via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO).

Fokuset på eldre pasienter er det flere grunner til. Andelen eldre i befolkningen er på vei opp, og vi snakker om en ny «eldrebølge» (Romøren, 2014, s. 29). *Eldre pasienter* vil i oppgaven vise til pasienter som er eldre enn 65 år, da det internasjonalt sett er ved denne alderen du per definisjon er en «eldre» person (World Health Organization, 2002), selv om norske kilder setter alderen ved 67 år (Statistisk sentralbyrå, 1999). I oppgaven vil begrepene *pasient* og *bruker* benyttes om hverandre, avhengig av hvilken del av helsetjenesten det snakkes ut fra. Jeg velger å avgrense til eldre som skrives ut til hjemmet, da jeg vil fokusere på hvordan pasienten kan få god helsehjelp når de overføres fra et sted med heldøgns pleie til hjemmet, hvor det er langt større krav for å klare seg selv.

## 1.4. Definisjon av begreper

*Samhandling* viser her til både en prosess og en relasjon i sykepleierens kliniske arbeid. Orvik (2014) definerer det som å «... sikre flyt i arbeidsprosesser slik at både pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helhet i tjenester og tiltak» (s. 210).

En *eldre pasient* er i oppgaven en pasient som er eldre enn 65 år, og innlagt ved en somatisk avdeling på sykehus.

*Samhandlingsreformen* var en tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet som kom i 2009, under regjeringen Stoltenberg II. Reformen trådte i kraft i Norge 01.01.2012.

Reformen baserte seg på utfordringene knyttet til pasientperspektivet og det samfunnsøkonomiske perspektivet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

*LEON-prinsippet* er et prinsipp om næromsorg innført av WHO, og står for **L**aveste **E**ffektive **O**msorgsnivå. Prinsippet går ut på at undersøkelse og behandling av pasienten bør foregå på det lavest mulige omsorgsnivået (Braut, 2019; Helsedirektoratet, u.å.).

## 1.5. Oppgavens disposisjon

Oppgaven videre vil disponeres slik:

- Kapittel 2 er en teoridel, hvor valgt teori for oppgaven presenteres
- Kapittel 3 er metodedel, hvor valgt metode og søkeprosess for oppgaven gjennomgås, herunder med kildekritikk
- Kapittel 4 er en funndel, hvor funnet fra valgte studier presenteres
- Kapittel 5 er diskusjon, hvor funnene fra studiene drøftes opp mot teori og egen oppfatning
- Kapittel 6 er oppsummering, som viser hvordan diskusjonen besvarer oppgavens problemstilling



## 2. TEORI

### 2.1. Den eldre pasienten

Den eldre delen av befolkningen er i vekst, og andelen eldre over 80 år vil dobles i løpet av de neste 20 årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Eldre utgjør den største andelen pasienter på sykehus, og sannsynligheten for både kroniske og akutte sykdommer øker med stigende alder (Romøren, 2014, s. 30). Kunnskap om hva det vil si å være eldre og hjelpetrengende, og hvilke spesielle utfordringer og behov eldre mennesker erfarer i møte med sykdom og alderdom, er en viktig forutsetning for å kunne se den eldre pasienten som den personen han eller hun er (Kirkevold, 2014a, s. 27). Å være «gammel» eller «eldre» er en erfaringsbasert tilstand, som kommer til ulik tid hos hvert enkelt eldre menneske. Erfaringer om at man ikke får til ting som før, nedsatte sansefunksjoner, smerter og stivhet, er med på at man innser egen aldring. Aldringsbegrepet innebærer flere aspekter (Romøren, 2014, s. 31). *Biologisk* aldring er den fysiologiske endringen av kroppens celler, som er en innebygd egenskap. *Psykologisk* aldring endrer vår evne til problemløsning, hukommelsen, intelligensen og endringer i eget selvbilde, som også kan påvirkes av samfunnets oppfatning av alderdom. *Sosial* aldring er endringen som skjer i sosiale roller i takt med økende alder, blant annet når man blir pensjonist, blir beste- eller oldeforeldre, eller trer inn i en pasientrolle (Romøren, 2014, s. 31). Alderdommen kan kreve mye av den eldre, som må evne å tilpasse seg og mestre de forandringer som ubønhørlig skjer (Kirkevold, 2014a, s. 23). Kirkevold (2014a, s. 26) peker på det å bli avhengig av hjelp som en av utfordringene ved å bli eldre. Dermed er måten de eldre pasientene møtes på avgjørende for deres opplevelse av verdighet, respekt og egenverd.

Aldring kombinert med økt risiko for sykdom gjør den eldre delen av befolkningen utsatt for helserelaterte problemer. Selv om noen eldre er spreke og selvhjulpne til det siste, vil flertallet oppleve en periode med skrøpeligheit og store hjelpebehov innen de dør (Romøren, 2014, s. 29). Fysiske aldersforandringer gir endringer på organene, som fører til redusert reservekapasitet og økt sårbarhet for sykdom. Dermed har eldre i større grad flere sykdommer på én gang i forhold til yngre (Ranhoff, 2014, s. 80-84). Eldre utgjør en majoritet av andelen pasienter på sykehus, og sykehusforbruket øker raskt etter man fyller 60 år (Romøren, 2014, s. 30). Romørens studie fra 2005 viste at somatiske lidelser utgjør

hovedårsaken til hjelpebehov hos 72% av eldre i tilrettelagt bolig eller omsorgsbolig, og 79% av eldre i eget hjem (Romøren, 2014, s. 31).

Den eldre pasienten defineres av Ranhoff (2014, s. 79) som et eldre menneske med ett eller flere helseproblemer, som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet. Denne pasientgruppens helseproblemer er mer komplekse og innehar flere individuelle forskjeller enn yngre. Dette skyldes at eldre har levd lengre liv som har formet dem og satt preg i ulik grad, som igjen gjør at sykdommer kommer til uttrykk på forskjellig vis, gir ulikt funksjonsnivå og har ulik prognose. Det kan da bli ekstra viktig å vise hensyn til individuelle forskjeller hos denne pasientgruppen (Ranhoff, 2014, s. 79). Den multisyke, eldre pasienten gjør situasjonen mer komplisert i form av diagnostikk, behandling, rehabilitering og økt risiko for komplikasjoner. Det kreves derfor mer planlegging og større innsats når det skal gis sykepleie til pasienter med flere diagnoser (Ranhoff, 2014, s. 85).

## 2.2. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012, hvor det ble slått fast at samhandling skulle være et av helse- og omsorgsektorens viktigste utviklingspunkter i tiden som fulgte. Bakgrunnen for reformen var blant annet at brukere, pasienter og pårørende mente at samhandling i helsetjenesten var et stort problem. Reformen skulle svare på utfordringene knyttet til både pasienters behov for koordinerte tjenester, og samfunnsøkonomiske utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den påpeker en av utfordringene i sykehus-kommune-samhandling på denne måten:

Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13)

I reformen kommer det frem at kommunene skal få en ny og større rolle i leveringen av helsetjenester. Det å flytte oppgaver fra helseforetakene over i kommunene var tenkt å være en bedre løsning for både pasientene og samfunnet, for eksempel ved at kommunene setter inn forebyggende tiltak og tidlige intervensjoner for den aktuelle pasientgruppen. En ny kommunerolle kombinert med helhetlig pasientforløp skulle gagne pasientene, særlig de med kroniske lidelser. Reformen ville at pasienttjenestene skulle organiseres og tilrettelegges slik at de var på lavest effektive omsorgsnivå, blant annet ved å stille krav til kommunene via medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det å organisere hjelpen på laveste effektive omsorgsnivå, blir forkortet til LEON. LEON-prinsippet handler om å bruke helseomsorgens ressurser på best mulig måte, slik at resultatet blir mest mulig bærekraftig (Orvik, 2014, s. 105). Orvik skiller begrepet *effektiv* med begrepet *produktiv*, hvor det å gjøre noe på en produktiv måte er å «gjøre ting riktig», imens det å gjøre noe effektivt er å «gjøre de riktige tingene», altså å bruke ressursene på riktig måte (Orvik, 2014, s. 103). Samtidig peker han på at LEON-prinsippet på flere områder kan true pasientsikkerheten og pasientens verdighet, fordi det kommer i konflikt med økonomiske hensyn. Effektivitet, som er nøkkelbegrepet i forhold til LEON, bør etter Orviks mening passes på å brukes i hensyn til pasienten, fremfor i hensyn til bedriftsøkonomi (Orvik, 2014, s. 106).

### 2.2.1. SAMHANDLING OG ELDRE

Eldre utgjør mange av liggedøgnene på sykehus, og tendensen av liggedøgn som kunne være løst kommunalt er økende. En av utfordringene knyttet til utskrivelse som Samhandlingsreformen peker på er at hver 5. eldre pasient re-innlegges innen 4 uker. God samhandling med andre sektorer pekes på som vesentlig for å møte samhandlingsreformens mål. Hjelpemidler i hjemmet er noe av det som trekkes frem som en forutsetning for å klare seg selv og kunne mestre det å være hjemme, særlig for den aldrende befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Aktuelle hjelpemidler for eldre kan være rullator, toalettforhøyer, heis eller forflytningshjelpemidler (Brodtkorb, 2014, s. 179). De eldre pasientene har oftere behov for koordinerte tjenester, og i 2016 mottok 6 av 10 eldre over 80 år kommunale tjenester (Statistisk sentralbyrå, 2017).

Pasientmedvirkning trekkes frem som viktig for å sikre helhetlige forløp. Egenmestring og gjenopprettelse av pasientenes egne funksjoner skal være et mål, og det skal settes økt fokus på befolkningens ansvar for egen helse og utviklingen av denne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Meld.St. 29 (2012-2013) snakker om en «ny eldregenerasjon». Den eldre delen av befolkningen øker ikke bare i antall, de har også helt andre ressurser enn tidligere eldregenerasjoner. Høyere utdanning, bedre økonomi, bedre funksjonsevne og bedre boforhold er noen av disse. Brukeren av helsetjenestene sees nå i større grad på som en ressurs til å påvirke sitt eget liv og egen helse, og selvstendighet i eget hjem sees på som et helsepolitisk mål. Universell utforming av boliger og velferdsteknologi gir også større muligheter for å motta helsetjenester i eget hjem. Det legges frem flere tiltak for å sikre gode pasientforløp, blant annet nytten av en kontaktperson hos de pasientene som har behov for koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Tverrfaglighet er en også en del av samhandlingsfeltet. Orvik (2014, s. 241-247) beskriver tverrfaglighet som en forpliktende type samhandling, som innebærer at man jobber sammen om et felles mål og har en tilnærming som team. Tverrprofesjonell samhandling har vist å gi økt pasientopplevd kvalitet, jobbtilfredshet hos helsepersonell, og økt produktivitet og effektivitet. For eldre pasienter fant Kirkevold (2014b, s. 123) i flere studier at tverrfaglig tilnærming reduserte mortalitet og morbiditet blant eldre, skrøpelige pasienter. Sykepleiens bidrag er en viktig komponent, og særlig bruk av gode kartleggingsverktøy vektlegges for at sykepleieren skal kunne aktivt delta i det tverrfaglige teamet.

### 2.3. Utskrivelsesprosessen

Veien fra sykehus og tilbake til eget hjem kan være kritisk for den eldre pasienten, og har vist seg å være noe ledere i helsevesenet finner utfordrende både for den eldre pasienten og for tjenesten (Dale & Hvalvik, 2013). Samhandlingsreformen var med på å legge press på kommunene med medfinansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter, slik at kommunene tok inn pasientene tidlig i forløpet (Slettebø, 2014, s. 222). Fra 01. januar 2015 ble forskriften om medfinansiering endret, slik at det nå kalles «kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» i stedet for et medfinansieringsansvar. Forskriften gjelder alle

utskrivningsklare pasienter som er innlagt innen somatikken i spesialisthelsetjenesten, og er i påvente av et kommunalt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Hjemmesykepleien møter pasienten og dens pårørende ofte i et tidlig stadium av sykdomsforløpet, og kan være en sentral faktor i at eldre kan bo i eget hjem lenger og være mer selvstendige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Det er flere som mottar sykepleie i eget hjem enn før, og Fjørtoft (2016) sier at i eldreomsorgen er «målet ... endret fra *trygghet i institusjon* til *trygghet i eget hjem*» (Fjørtoft, 2016, s. 19). Kortere liggetid for pasientene på sykehus fører til sykere pasienter, med behov for stadig flere spesialiserte og avanserte tjenester i hjemmet, og Seierstad m.fl. sin studie fra 2010 (gjengitt fra Fjørtoft, 2016, s. 20) viste at eldre med sammensatte lidelser og funksjonssvikt utgjorde mange av disse pasientene.

Hjemmesykepleien er en aktuell samarbeidspartner for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, og det bør tilstrebes et godt samarbeid mellom de to sektorene. Brukerperspektivet står sentralt i verdigrunnlaget for samhandling, og samhandlingen bør ifølge Fjørtoft (2016) ta utgangspunkt i brukerens situasjon og ønsker. Samarbeidet må være rettet mot å finne gode løsninger for brukerne av helsetjenestene, og klare rutiner er viktig for å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling (Fjørtoft, 2016).

### 2.3.1. PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET

Pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge Hender 24-7» fra Helsedirektoratet ble drevet fra 2014 til 2018 av sekretariatet for Pasientsikkerhetsprogrammet, som nå har gått over til avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Likevel benyttes arbeidet, konseptet og navnet på programmet fortsatt, og fungerer som en paraply for mye av arbeidet rundt pasientsikkerhet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018b).

Det å ikke få være delaktig i planlegging av utskrivning og oppfølgingen i ettertid ser dessverre ut til å være en vanlig erfaring blant eldre (Efrimsson gjengitt fra Kirkevold, 2014a, s. 23). Trygg utskrivning er som tidligere nevnt et av punktene det fokuseres på i pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018b). Pasientens medvirkning vektlegges i Pasientsikkerhetsprogrammet som en viktig faktor for trygg utskrivning, som inkluderer det

å sørge for at pasienten får nok og ikke minst forståelig informasjon. Denne informasjonen bør, ifølge programmet, være en kombinasjon av standardisert skriftlig informasjon og muntlig informasjon tilrettelagt den enkelte pasients behov (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018a).

### 2.3.2. UTFORDRINGER VED UTSKRIVELSE AV ELDRE

I England diskuterte Tingle (2016) resultatene fra to rapporter gjort av statlige departementer angående utskrivelse av eldre pasienter fra sykehus. Forfatteren er kritisk til samarbeidet mellom sykehus og sosialtjenestene (*social services*) i landet, og viser til at det går på bekostning av pasientene og i de verste tilfelle på bekostning av pasientenes liv. Problemene synes å ligge i systemsvikt både i sykehusledelsen, sosialtjenestene og i retningslinjene rundt utskrivelse av pasienter til hjemmet. Det er tydelig at en alvorlig konsekvens av dårlig planlegging kan være pasientens død (Tingle, 2016, s. 812). I en av rapportene kommer det frem at én av åtte følte de ikke klarte å mestre å være i eget hjem, etter utskrivelse fra sykehuset (Healthwatch England, 2015).

Det pekes på fire hovedutfordringer for trygg utskrivelse:

- For tidlig utskrivelse fra sykehuset
- Manglende vurdering og konsultering av pasienten før utskrivelse
- Manglende informasjon til behandlere og pårørende
- Utskrivelse uten plan for hjemmesykepleie, eller tilbakeholdelse av pasienten på grunn av dårlig samhandling. (Tingle, 2016, s. 812)

Videre er føringene for en trygg utskrivelse å planlegge tidlig, god kommunikasjon med behandlere og pårørende, samt samarbeid mellom sosialtjenestene og helsepersonellet. Forfatteren konkluderer med at utfordringer knyttet til trygg utskrivelse er et kjent problem, som får økende relevans i takt med en økende befolkning (Tingle, 2016, s. 813).

## 2.4. Organisasjonsteori

Organisatorisk kompetanse handler om evnen til å organisere eget og andres arbeid. Den organisatoriske kompetansen sees på av Orvik (2014 s. 15-22) som en utfyllende del til den kliniske kompetansen en helsearbeider innehar, og en slik dobbel kompetanse er viktig i pasientarbeidet. Særlig er det viktig i den moderne helsetjenesten som nå utvikles. Det pekes på at sykepleierne fremover innehar flere og flere systemrettede oppgaver, og derfor er denne delen av sykepleiekompetansen viktig å inneha, ifølge forfatteren. *Kompetanse* knyttes ofte til kunnskaper og ferdigheter hos den enkelte, men oppstår egentlig først når den deles med andre. Orvik beskriver det som *kollektiv kompetanse*. Kompetanse er det som knytter en klinisk virksomhet sammen, fordi det «... å arbeide er å *samarbeide*» (Orvik, 2014, s. 23). Organisatorisk kompetanse i et prosessuelt perspektiv knyttes av forfatteren til arbeidsprosesser, samarbeid og samhandling. Organisatorisk kompetanse er vesentlig for kvaliteten i pasientbehandlingen (Orvik, 2014, s. 207). Det er særlig samhandlingsbegrepet jeg velger å fokusere på innenfor denne teorien.

Samhandling kan sees på som en form for organisatorisk kompetanse, og henger tett sammen med begrepene samarbeid og samordning. Til felles har begrepene at de bidrar til å fremme helhet, eller *integrasjon*, som er selve formålet med samhandling (Orvik, 2014, s. 209). Samhandling oppstår i kommunikasjonen og informasjonen som formidles i virksomheten, og fordrer at forholdet mellom enkeltpersonene er basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd. Det er med på å virkeliggjøre ansvar, ved å stille krav til samarbeid og koordinering mellom enkeltindivider i virksomhetene (Orvik, 2014, s. 210). Likevel viser Orvik (2014, s. 229) til at forskere har kritisert samhandlingsbegrepet for å være en ressurskrevende, kompleks prosess, som ikke alltid er verdt innsatsen (Huxham & Vangen gjengitt fra Orvik, 2014, s. 229).

## 2.5. Sykepleieteori – Ida Jean Orlando

Den danske sykepleieteoretikeren Ida Jean Orlando's sykepleieteori er valgt som sykepleieteoretisk ramme til oppgaven. Orlando vektlegger sykepleierens brede kunnskap, som gjør sykepleieren i stand til å kunne forklare sine observasjoner av pasienten. Samtidig

må også sykepleieren skille mellom den innsikten han eller hun har i allmenne prinsipper, og det som avdekkes i den konkrete situasjonen med pasienten (Orlando, 1995, s. 19).

Tradisjonelt har sykepleien som fag vært knyttet til legevitenskapen, med sykdommens behandling og forebygging i fokus. Sykepleierens spesielle ansvar derimot beskriver hun slik: «[...] så vidt mulig at sikre pasientens fysiske og psykiske velbefindende, mens han er underlagt en eller anden form for lægelig behandling eller lægeligt opsyn.» (Orlando, 1995, s. 23)

Sykepleieren har som nevnt et bredt spekter av kunnskap, ikke bare innenfor det medisinske feltet, men også innen psykisk helse, folkehelse og forebyggende helsearbeid. Sykepleierens brede kunnskap gir ham eller henne flere ressurser å bruke i møte med pasienten. Orlando peker på at det dynamiske forholdet mellom sykepleieren og pasienten er det som skaper grunnrammene for hjelpen som sykepleieren yter pasienten. Sykepleierens ansvar er å imøtekomme pasientens behov. Det er viktig at sykepleieren ser på situasjonene han eller hun kommer i, i et «her-og-nå»-perspektiv, hvor måten sykepleieren tolker det inntrykket situasjonen gir, blir avgjørende for å forstå hva pasienten egentlig trenger av hjelp (Orlando, 1995, s. 19-22).

Orlando fokuserer på pasientens individuelle behov. Selv om sykepleieren har kunnskap om generelle aktiviteter som er til det beste for pasienter, vil ikke dette nødvendigvis være de aktivitetene som imøtekommer den enkelte pasient sine behov. Det er sykepleierens formål å yte den hjelpen pasienten har bruk for, slik at pasienten får innfridd behovene sine. Sykepleieren klarlegger pasientens umiddelbare behov, og vil enten direkte eller indirekte imøtekomme disse. Behov kan imøtekommes direkte, når pasienten selv er ute av stand til å imøtekomme de, eller indirekte når sykepleieren hjelper pasienten med å skaffe bistand fra en person, institusjon eller instans som kan hjelpe med å innfri pasientens behov (Orlando, 1995, s. 26-27).



## 3. METODE

Metode beskrives av Aubert (gjengitt fra Dalland, 2012, s. 111) som en fremgangsmåte, og et middel til å løse problemer og finne ny kunnskap. En fremgangsmåte som gjør dette, vil høre med i det som beskrives som et arsenal av metoder. Det å velge en bestemt metode, begrunnes i at den skal gi oss gode data og belyse det vi ønsker å undersøke på en faglig interessant måte. Metoden er det redskapet vi bruker når vi undersøker noe, og det som hjelper oss i å samle inn data (Dalland, 2012, s. 111-112).

### 3.1. Valg av metode

Litteraturstudie er valgt som metode. Denne typen metode systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, som innebærer å hente inn litteratur, gjennomgå den kritisk og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig gjengitt fra Thidemann, 2015, s. 79).

Litteraturstudiet søker å svare på et spørsmål, *problemstillingen*, og vil forsøke å gi ny innsikt ved å gjennomgå eksisterende litteratur på temaet på en systematisk måte (Aveyard, 2019, s. 2). Hensikten med metoden er å gi den som leser en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen handler om (Thidemann, 2015, s. 80).

### 3.2. Søkeprosessen

For å finne aktuell forskning til oppgaven har jeg i startfasen benyttet meg av et PICO-skjema, som hjelper med struktur og klargjøring av problemstillingen (Helsebiblioteket.no, 2016). Dette ble utgangspunkt for søkeordene jeg valgte å bruke i søkeprosessen (Vedlegg 1).

Det er søkt i databasene Cinahl, PubMed og Sykepleien Forskning, og søkene ble loggført i en tabell for søkehistorikk (Vedlegg 2), hvor man kan se detaljene for søk i den enkelte database. Søkene i databasene ga totalt 65 treff. For hvert søk ble overskriftene lest, og der hvor overskriften virket relevant til oppgaven ble også sammendrag lest. 6 studier ble lest i sin helhet, hvorpå en studie ble ekskludert da den ikke passet kriteriene. Jeg stod da igjen med 5 studier.

Søkeordene jeg har brukt er nurs\*, hospital nurs\*, safe discharge, hospital discharge, old\* patients, geriatric patients, communication, cooperation, home, community, care transition, care continuity, perceptions, eldre pasienter og utskrivelse, med kombinasjonsordene AND og OR.

### 3.2.1. INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Inklusjons- og eksklusjonskriterier benyttes for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, og bidrar til å synliggjøre hva man ønsker av kunnskap (Thidemann, 2015, s. 84).

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<i>Publiseringsår</i>	Publisert etter 2010	Publisert før 2010
<i>Metodevalg</i>	Kvalitative studier, kvantitative studier, oversiktsartikler	
<i>Pasientgruppe</i>	Eldre pasienter (>65 år), Somatisk problemstilling	Barn, voksne <65 år, Psykiatrisk problemstilling
<i>Språk</i>	Engelsk, norsk, svensk, dansk	Alle språk som ikke er nevnt som inklusjonskriteriene
<i>Geografisk område</i>	Land med en vestlig kultur	Land med en ikke-vestlig kultur
<i>Innhold</i>	Utskrivelse fra sykehus til hjemstedet Utskrivelse fra somatiske sengeposter	Overflytning til andre sykehus, utskrivelse fra psykiatri
<i>Kvalitetssikring</i>	Fagfelleverderte artikler	
<i>Dokumenttype</i>	Primærstudier, forskningsartikler, systematiske litteraturoversikter	

### 3.3. Systematisering og vurdering av relevans

Studiene inkludert i oppgaven ble funnet ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og videre vurdert med tanke på relevans i forhold til oppgavens problemstilling. For å synliggjøre oppgavens essens sammenlignet med hverandre, ble de satt opp i en enkel litteratormatrise (Vedlegg 3), som ble utgangspunktet for å sammenfatte funnene. Dette gir en samlet oversikt over hovedelementene i både de enkelte studiene, og alle studiene samlet sett, som da blir et nyttig hjelpemiddel i arbeidet videre (Thidemann, 2015, s. 89).

Videre presenteres de valgte studiene med en kort begrunnelse:

- *A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service* (Waring, Bishop & Marshall, 2016). Studien ble valgt da den har mange intervjuobjekter, med perspektiv fra både spesialist- og primærhelsetjenesten i England, samt pasienter og pårørende. Studien ble gjort i to ulike demografiske områder i England, med relativt like og konsekvente resultater, noe som styrker studiens generelle relevans.
- *On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital* (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016). Studien ble valgt fordi den viser pasientperspektivet innenfor temaet. Det er en styrke at den er utført i Sverige, hvor helsesystemet ligner det i Norge.
- *Are we «missing the big picture» in Transitions of Care? Perspectives of Healthcare Providers Managing Patients with Unplanned Hospitalization* (Abu et al., 2018). Studien ble valgt ettersom den spesifikt fokuserer på faktorene som positivt eller negativt påvirker overføringen av pasienter. Det er en studie med kun 15 informanter, som begrenser om funnene kan generaliseres.
- *Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence* (Laugaland, Aase & Barach, 2012). Denne studien ble valgt da det er gjort et systematisk litteratursøk med gjennomgang av mye litteratur på feltet, og har et spesifikt fokus på eldre over 65 år. Det som svekker studien er at artiklene som gjennomgås er fra 1999 til 2010, som kan gjøre innholdet utdatert.

- *Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune* (Danielsen & Fjær, 2010). Studien er valgt ut da den er gjort i Norge, og kombinerer to metoder, med både kvalitative intervjuer og journalgransking. Den viser perspektiv fra både kommunen og sykehus. En svakhet er at studien ble publisert i 2010, som er før innføringen av Samhandlingsreformen.

I det videre arbeidet ble hver enkelt studies funn studert, og temaer som dukket opp ble notert. Videre ble temaene til oppgavene som helhet satt sammen for å finne sammenfallende temaer og kontraster. Dette gjøres for å få et klarere blikk på hvordan studiene til sammen bringer ny informasjon, i forhold til hver studie isolert (Aveyard, 2019, s. 138). Dette arbeidet ble utgangspunkt for å sammenfatte funnene i fulltekst, som blir presentert i kapittel 4.

### 3.4. Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk handler, ifølge Dalland (2012, s. 67-68), om å kunne gjøre rede for den litteraturen man har anvendt i en oppgave. Leseren skal kunne forstå hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort. I denne avhandlingen er dette primært vist til i kapittel 3.2 hvor søkeprosessen er beskrevet, samt seksjonen om inklusjons- og eksklusjonskriterier, som viser hva som har ligget til grunn for å velge de ulike artiklene. Alle kilder benyttet i oppgaven er vurdert etter relevans til problemstillingen. Ved å begrense søkene til fagfelleverderte artikler, sørget jeg for at kildene kunne regnes som gyldige og holdbare. I oppgavens teorigrunnlag er noen ganger sekundærkilder benyttet. Dette er i hovedsak gjort når sekundærkilden har direkte sitert primærkilden, eller når primærkilden har vært utfordrende å oppdrive.

Tre av studiene som er valgt ut er utelukkende kvalitative studier (Abu et al., 2018; Waring et al., 2016; Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016). Én studie er kombinasjon av kvalitative intervju og journalgransking (Danielsen & Fjær, 2010). Det er også valgt ut én systematisk oversiktsartikkel (Laugaland et al., 2012). Det å kombinere forskning utført med ulike metoder sees på av Thidemann (2016, s. 79) som positivt, da det kan gi sterkere argumenter for at studiens resultater er gyldige. Systematiske oversiktsartikler har grunnlag i strenge

kvalitets- og utvalgsriterier, og skal gi et tilnærmet objektivt svar, når utført på korrekt måte (Dalland, 2012, s. 79). Kvalitative studier går på sin side mer i dybden, og gir langt mer subjektive svar, og har heller som mening å fange opp mening og opplevelse hos de man undersøker (Dalland, 2012, s. 112-113).

I arbeidet med en bacheloroppgave er det viktig å forholde seg til gjeldende akademiske retningslinjer for kildehenvisning, slik at det ikke blir plagiat, samt at riktig forfatter blir kreditert (Thidemann, 2015). APA 6th er benyttet som oppsett for kildehenvisning.

Systematiske søk etter forskning ved bruk av inklusjon- og eksklusjonskriteriene vil være med på å forhindre at data som kun underbygger mitt eget syn på temaet benyttes, og sørger for at all data blir presentert. Et annet viktig prinsipp er at det tydelig kommer frem i drøftingen hva som er mitt eget syn, og hva som er hentet fra faglitteratur eller funn i studiene.

Etiske overveielser handler ifølge Dalland (2012, s. 95) om det å tenke gjennom de etiske utfordringene arbeidet en gjør medfører. Knyttet til denne oppgaven har det vært viktig å sørge for at eksempler trukket frem fra praksis er anonyme for å overholde taushetsplikt, samt å være bevisst hvilke etiske vurderinger som ligger i grunn for studiene jeg har funnet i søkeprosessen. Ved å sørge for at alle studier som benyttes i oppgaven er fagfellevurdert blir dette overholdt. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring av forskningsarbeidet, hvor flere eksperter innenfor fagfeltet kritisk vurderer forskningen før den publiseres (Svartdal, 2018). Det er også et viktig etisk prinsipp å henvise til riktig kilde underveis i oppgaven.

## 4. FUNN

Funnene fra de 5 studiene har blitt syntetisert inn i to hovedkategorier: «eksterne faktorer» og «pasientspesifikke faktorer», som var de to hovedtemaene som dukket opp når studienes hovedfunn ble gjennomgått.

### 4.1. Eksterne faktorer

Både Waring et al. (2016) og Abu et al. (2018) legger frem sine funn i kategorier, og kaller den ene kategorien «distal 'latent' factors» (Waring et al., 2016, s. 1) og «External factors influencing care transitions» (Abu et al., 2018, s. 7). Dette er, slik navnene tilsier, de eksterne faktorene rundt pasienten som påvirker utskrivelsesprosessen. Innenfor denne kategorien finner man faktorer som hjemmesituasjonen, utskrivelsesplanlegging, henvisning- og samhandlingsprosesser, timing og organisatoriske krav (Waring et al., 2016; Abu et al., 2018).

#### 4.1.1. HJEMMESITUASJONEN

Forskningen til Waring et al. (2016), Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016) og Abu et al. (2018) trekker frem pasientens hjemmesituasjon som en viktig faktor for trygg utskrivelse av en eldre pasient. Respondentene i Waring et al. (2016) sin studie trakk frem manglende utstyr i hjemmet og for tidlig utskrivelse uten noen plan for pleien i hjemmet som noen av truslene for trygg utskrivelse av pasientene. Dårlige rutiner på bestilling av utstyr til hjemmet, samt vansker med å sikre ordentlig levering av varene pasientene trengte i sine hjem, ble assosiert med økt risiko for både fall og immobilitet når pasienten ble utskrevet. Utskrivelse uten noen videre plan for pasienten så respondentene på som en trussel for pasientsikkerheten, og økte risikoen for tilbakefall og reinnleggelse på sykehuset. Respondentene trakk også frem oppfølging og hjelp pasienten skulle få etter utskrivelse som en viktig faktor, da utilstrekkelig og lav kvalitet på pleien også var en faktor som økte risiko for reinnleggelse (Waring et al., 2016 s. 8).

I Gabrielsson-Järhult & Nilsens (2016) studie svarte respondentene, som var utskrivningsklare eldre pasienter, at en trygg og tilrettelagt hjemmesituasjon var viktig. De eldre ønsket å dra hjem hvis de selv følte de mestret det og hadde det som trengtes for å sikre det fysiske miljøet i hjemmet. Jo større hjelpebehov pasienten hadde, jo mer usikker var han på om han kunne takle hverdagen hjemme. Hjelpemidler som heis, toalettforhøyer og velferdsteknologi var viktige faktorer for et trygt fysisk hjemmemiljø. Det å få den hjelpen de trengte i ADL (Activities of Daily Life)-oppgaver var også viktig, samt kontinuitet og kompetanse i pleien de skulle få i sitt eget hjem (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016, s. 138).

I Abu et al. (2018) sin studie trakk helsearbeiderne frem hjemmemiljø og tilgjengelighet på tjenester som viktige eksterne faktorer. Hvis pasienten har midlertidig eller ustabil bosted ble det vanskelig å sikre at hjemmemiljøet var trygt nok. Det fysiske miljøet blir også trukket frem, for å blant annet motvirke fall. Tilgjengeligheten på helsetjenester og andre tjenester i nærmiljøet ble av helsearbeiderne pekt på som avgjørende for hvordan behandlingen på sykehuset ble fulgt opp. Tilgjengelighet på butikk, apotek og transport til oppfølgingstimer var noe av det de så på som viktig for pasienten etter utskrivelsen (Abu et al., 2018, s. 8).

#### 4.1.2. PLANLEGGING OG ORGANISERING AV UTSKRIVELSE

I studien til Waring et al. (2016) var en rekke faktorer knyttet til planlegging og organisering av utskrivelsen sett på som potensielle trusler for en trygg utskrivelse. Manglende informasjon gikk igjen hos flere av de intervjuede, særlig rundt legemidler. Forhastede forskrifter av nye legemidler, manglende legemiddellister og dårlig kommunikasjon om legemidler til pasienter og pårørende virket truende for pasientens etterlevelse av medisinske råd. Det var en oppfatning blant helsepersonellet at turnuslegene hadde for mye å gjøre. Mange følte også på et slags organisatorisk press, hvor både press fra ledelsen og kulturen på arbeidsplassen gjorde at pasientene skulle fort ut slik at man opprettholdt en god «flow» av pasienter. Dette kunne føre til for tidlige utskrivelser, pleieplaner som ikke ble fullført, og oppgaver gjort forhastet (Waring et al., 2016, s. 9).

Tidspunkt for samtalen med pasienten om utskrivelse var noe helsearbeiderne i Abu et al. (2018, s. 6) sin studie trakk frem. Det var generelt uenigheter i om den burde være tidlig eller senere i pasientforløpet. Noen mente det var en fordel med å ha den så tidlig som

mulig, så man kunne ha god tid på å planlegge. Andre mente at samtalen burde vente til pasientene var ferdig med den mest «akutte» fasen av innleggelsen, og mente det var viktig at pasientene ikke skulle føle seg dyttet ut av sykehuset før de i det hele tatt var begynt å bli friske.

I Laugaland et al. (2012 s. 2916) sin litteraturoversikt fant de at tidlig planlegging av utskrivelse var det som ga best forutsetninger for en vellykket utskrivelse. God planlegging, spesielt for utskrivelsen av eldre pasienter, var viktig for å redusere risikoen for reinnleggelse og problemer relatert til medisiner. De så at å ha en sykepleier som den kliniske lederen for pleien til pasienten var en positiv faktor. Sykepleieren fungerer da som en slags nøkkelperson, og er den som organiserer all informasjonsutveksling og transporten av pasienten. Dette bedret kommunikasjonsforholdene, ifølge forfatterne. De trekker også frem en individualisert og dokumentert utskrivelsesplan som en intervensjon for tryggere utskrivelse, og at denne bør lages i samarbeid med pårørende, pasient, lege og annet relevant helsepersonell (Laugaland et al., 2012, s. 2919).

#### 4.1.3 SAMHANDLING OG KOMMUNIKASJON

I studien til Danielsen & Fjær (2010) er samhandling særlig i fokus når de ser på sykepleieres erfaringer med overføringen av eldre pasienter fra sykehus til kommune. De fant at praktiseringen av samhandlingen mellom nivåene var svært varierende, og at sykepleierne ofte brukte skjønn. En erfaring var at sykepleierne på sykehus ikke var like kjente med samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommune som sykepleierne i kommunen var. Det var også motsetninger rundt LEON-prinsippet (behandling på laveste effektive omsorgsnivå), hvor en erfaring var at sykepleierne på sykehus søkte på urealistisk mange tjenester for pasienten, samtidig som kommunen var mer fokusert på å ordne forsvarlige tjenester etter LEON. Utfordringen de så var at pasienten og de pårørende på sykehuset fikk store forventninger om tjenestene i kommunen, som kunne føre til skuffelse. En annen utfordring var de ulike nivåenes planleggingshorisont, hvor sykehus har muligheten til å nesten kontinuerlig planlegge utskrivelsen, mens kommunen måtte forholde seg til kontortider og vaktplaner. Dette førte også til en begrenset mulighet for å nå hverandre, særlig hvis sykepleieren på sykehus skulle nå kommunen. Flere erfarte ineffektiv kommunikasjon



mellom sykehus og kommune, som vanskeliggjorde det å avtale utreise og avklare pasientens hjemmesituasjon. Sykepleierne i begge nivåer merket også presset mot helg i utskrivelsesprosessen, hvor fredag var en typisk dag for å tømme avdelingen for helgen. Dette ble sett på som utfordrende å forene med kommunal organisasjonsmåte (Danielsen & Fjær, 2010, s. 31-33).

Helsearbeiderne i Abu et al. (2018) sin studie ser også på samhandling og kommunikasjon som en utfordring i utskrivelsesprosessen. En vanlig oppfatning var at det oppstod miskommunikasjon mellom sykepleiere på sykehus og sykepleiere utenfor sykehus. 60% av de intervjuede knyttet dette til at de ulike settingene jobbet uavhengig fra hverandre, og mangel på kontinuitet pasientpleien. Flere hadde erfart at utskrivelsesrapporter tidvis manglet nødvendig informasjon om pasientens sykehusforløp, og så på dokumentasjon som et stort problem i samhandlingen (Abu et al., 2018, s. 6-7). I studien til Waring et al. (2016, s. 8-9) så helsearbeiderne på samhandling mellom sykehuspersonalet og kommunehelsetjenesten som en viktig kontekstuell faktor, særlig når det gjaldt å planlegge pasientens videre pleiebehov. Kommunikasjonen ble sett på som en utfordring, fordi man ikke alltid ble enige om hva pasienten trengte av hjelp. I tillegg opplevde de at timingen for utskrivelse ble presset mot slutten av dagen eller uken, slik sykepleierne i Danielsen & Fjær (2012) sin studie også erfarte. Et annet sårt punkt i samhandlingen for de intervjuede i Waring et al. (2016, s. 9) sin studie var tilgjengeligheten på pasientinformasjon, da ulike dokumentasjonssystemer i de ulike nivåene gjorde dette vanskelig. I studien til Laugaland et al. (2012, s. 2919) så forfatterne at å kombinere intervensjoner knyttet til utskrivelse fra sykehuset med intervensjoner knyttet til hjelpen i kommunen etter utskrivelse ga signifikante resultater sammenlignet med intervensjoner gjort separat i sykehus og kommune. Effekten var særlig tydelig når det gjaldt redusert risiko for reinnleggelse på sykehus.

## 4.2. Pasientspesifikke faktorer

### 4.2.1 PASIENTMEDVIRKNING

I studien til Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016, s. 139-140) uttrykte de fleste av de eldre pasientene tydelig at de forventet å bli behandlet med respekt i planleggingen rundt egen utskrivelse, og å bli involvert i beslutninger. Det var viktig at utskrivelsen ble organisert slik at det understøttet selvstendighet hos den eldre. Helst ville de ikke ha hjemmesykepleie eller tekniske hjelpemidler hvis det ikke var absolutt nødvendig, de ville heller starte med mindre hjelp og øke ved behov. Flere av de andre studiene trekker også frem pasientmedvirkning som en avgjørende faktor for trygg utskrivelse (Abu et al., 2018; Laugaland et al., 2012). Helsearbeiderne i Abu et al. (2018) sin studie bemerket seg at pasientenes utskrivelsesinformasjon ofte var overfylt av informasjon og ikke tilpasset den enkelte pasient. Det var også en tendens til at samtalene mellom pleier og pasient kunne bli forhastet, slik at pasienten ikke forstod informasjonen de fikk. Dette og språkbarrierer var med på å true pasientenes etterlevelse av forskrevet behandling. Studien foreslår å legge frem relevant informasjon tilpasset den enkelte pasient, samt at noen i pasientens «team» går gjennom denne informasjonen *sammen med* pasienten for å kunne bidra med nødvendige avklaringer (Abu et al., 2018, s. 5-7).

Som tidligere nevnt trakk Laugaland et al. (2012) i sin litteraturoversikt frem en individualisert utskrivelsesplan laget i samarbeid med blant andre pasienten som et tiltak med positiv effekt for en trygg utskrivelse. Det å involvere pasienten, blant annet ved undervisning før utskrivelsen, er pekt på som det tiltaket som alene har mest positiv effekt. Det er med på å styrke den eldre pasientens empowerment, og øker fokuset på den spesifikke pasientens læringsbehov (Laugaland et al., 2012, s. 2920).

### 4.2.2. INVOLVERE PÅRØRENDE

Laugaland et al. (2012, s. 2920) fant at det å involvere pårørende ble av flere studier foreslått som en av de mest innflytelsesrike faktorene for suksess ved utskrivelse, spesielt for den eldre pasientgruppen. De peker på at det å inkludere den eldre pasientens pårørende vil gjøre at de føler seg mer klar over situasjonen, det som venter etter utskrivelse, og at de

pårørende lettere vil godta rollen som omsorgsgiver. Også Abu et al. (2018) påpeker at involvering av pårørende er en viktig faktor i utskrivelsesprosessen. De fant at det å inkludere pårørende i utskrivessamtalen økte pasientens etterlevelse av behandlingsplanen. Det var også et inntrykk at det gjorde pasientene mer motiverte for hjemreisen, og holdt dem mer ansvarlige for egen behandling, da pårørende ofte påminnte pasienten viktigheten av etterlevelse for å opprettholde god helse. En annen viktig erfaring fra respondentene i studien var at pårørendes gode kjennskap til pasienten kunne føre til at de oppdaget små symptomendringer eller andre plager som helsepersonell ikke like lett fanget opp (Abu et al., 2018, s. 7).

Flere av de eldre pasientene Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016, s. 139) sin studie uttrykte bekymring for behovene til sine pårørende, og var engstelige for å være en byrde for dem. Det var for noen viktig at hjelpen de fikk etter utskrivelse også avlastet deres nærmeste pårørende, særlig hvis det gjaldt en partner som også hadde høy alder. Samtidig var pårørende en viktig faktor for å kunne reise hjem, da de fleste hadde et ønske om å kunne være så tilgjengelig for sine pårørende som mulig (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016).

#### 4.2.3. VURDERING AV PASIENTEN

Waring et al. (2016, s. 7) fant i sin studie at det ofte oppstod uenighet mellom leger og sykepleiere angående hvorvidt pasienten var utreiseklar eller ikke. Vurderingen av pasientens tilstand var ofte ulik, da legene kunne si at pasienten var «medisinsk sett» klar, imens sykepleierne eller andre hadde bekymringer over pasientens fysiske eller kognitive tilstand. Dette utgjør, ifølge forfatterne, en direkte risiko til pasientsikkerheten, da pasientene kunne bli utskrevet i en tilstand med pleiekrav som ikke nødvendigvis ble dekket utenfor sykehuset. Av de intervjuede ble upassende pasientvurdering knyttet til fall eller tilbakefall av sykdommer etter utskrivelse, i tillegg til en risiko for å ikke oppdage og behandle andre, sekundære helseproblemer som infeksjoner eller sår (Waring et al., 2016).

I vurderingen av pasienter kan det også oppstå ulike meninger mellom sektorene. Danielsen & Fjær (2010) fant at sykepleierne på sykehus og kommunen ikke alltid var enige i hvor mye hjelp pasienten trengte ved utskrivelse. Journalgranskingen viste at pasientene generelt sett hadde større behov for hjelp etter utskrivelse enn det de hadde før innleggelsen.

Fokusgruppene beskrev samhandlingen rundt vurdering av hjelpebehov som en «forhandlings- og avveiningsprosess» (Danielsen & Fjær, 2010, s. 31), hvor de ulike sektorene hadde ulikt fokus i vurderingen av hjelpebehov. Sykehuset hadde tendens til å vurdere pasienten innenfor en kort tidshorisont, og da ofte influert av både sykdom og institusjonaliseringseffekten. Kommunene hadde på sin side mer fokus på mestring og funksjonsnivå, og sykepleierne uttrykte at de i de fleste tilfeller måtte gjøre egne vurderinger av pasientene i tillegg (Danielsen & Fjær, 2010).

Flesteparten av de eldre pasientene i Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016, s. 140) sin studie uttrykte overgangen mellom sykehus og hjemmet som en usikker situasjon, og flere fant det vanskelig å selv kunne vurdere hva slags hjelp de skulle måtte trenge etter utskrivelse. De syntes det var vanskelig å vite hvordan de ville føle seg når de kom hjem, når de fortsatt var på sykehus, og at det var vanskelig å ta valg med redusert helse. Det overordnede temaet i studien er at de eldre følte de var i en overgangsfase når det nærmet seg utskrivelse, hvor fremtiden fremstod usikker, med mye tanker om hva slags endringer som måtte skje både for dem selv og for sine nærmeste (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016).

#### 4.2.4. TVERRFAGLIG SAMARBEID

I Waring et al. (2016, s. 8) sin studie uttrykte både sykepleiere og annet helsepersonell at manglende involvering av relevante aktører skapte problemer for planleggingen av utskrivelse. Ansatte fra andre fagfelt fant på sin side det vanskelig å bli inkludert, når møter og aktiviteter ikke ble koordinert med deres plan. Sykepleierne opplevde at beslutningsprosessen ofte kunne være dominert av medisinske utfordringer. På den måten ble ikke pasientens helhetlige problemer løftet frem og fullt ut vurdert. Flere sykepleiere merket også på det de kaller et underliggende profesjonelt hierarki, som gjorde at de følte vanskeligheter med å bli hørt i beslutningsprosessen. En mulig konsekvens av dette var ukomplette utskrivelsesplaner eller planer som manglet viktige detaljer om pasienten (Waring et al., 2016).

En tverrfaglig tilnærming til den eldre pasienten er i Laugaland et al. (2012, s. 2920) sin litteraturoversikt sett på som «best practice». Flere av studiene oversikten tar for seg påpeker viktigheten av tverrfaglighet, særlig fordi eldre mennesker har komplekse behov.

Hver disiplin vil kunne bringe et annet perspektiv i planleggingen for behov etter utskrivelsen. I tillegg peker de også på læringsmulighetene de ulike profesjonene har ved å lære av hverandre, se verdien i det andre legger frem og stole på hverandres vurderinger. (Laugaland et al., 2012).

## 5. DISKUSJON

Videre vil problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg utskrivelse, når eldre pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet?» bli diskutert, ved å anvende tidligere presentert teori og funn.

Jeg har valgt å strukturere denne delen med utgangspunkt i utfordringene Tingle (2016) peker på som trusler for trygg utskrivelse, som beskrevet i kapittel 2, punkt 2.3.2. Disse fire utfordringene er «For tidlig utskrivelse fra sykehuset», «Manglende vurdering og konsultering av pasienten før utskrivelse», «Manglende informasjon til behandlere og pårørende», og «Utskrivelse uten plan for hjemmesykepleie, eller tilbakeholdelse av pasienten på grunn av dårlig samhandling». Oppgavens teori og funndel vil bli brukt til å diskutere hver enkelt utfordring, som til sammen vil forsøke å svare på hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til en trygg utskrivelse.

### 5.1. Unngå for tidlig utskrivelse

Et organisatorisk press på sykehusene, om å blant annet redusere antall liggedøgn hos pasientene, kan være en faktor som fører til at eldre pasienter blir utskrevet for tidlig (Waring et al., 2016). Sykepleierne så at konsekvensen av dette igjen var at det ikke var noen ferdig plan for pasienten ved utskrivelse, som igjen økte risikoen for reinnleggelse, medikamentelle feil og fall (Laugaland et al., 2012; Waring et. al, 2016). Dette mener jeg kan føre til svikt i kvaliteten på pasientbehandlingen. For å møte dette kan sykepleieren bruke sin organisatoriske kompetanse, sammen med sin kliniske kompetanse. Dette blir i faglitteraturen sett på som vesentlig for god kvalitet i pasientbehandling (Orvik, 2014). Ved å bruke sin sykepleiekompetanse, for eksempel ved god kartlegging som formidles videre via samarbeid og samhandling, vil sykepleieren ha bedre forutsetninger for å unngå at pasienten skrives ut for tidlig. Sykepleieren innehar en viktig rolle i å finne ut hva den enkelte pasient er i behov av (Orlando, 1995), og dermed også kunne tolke om disse behovene kan møtes utenfor sykehuset. Samtidig legges det press fra de rammene Samhandlingsreformen har ført med seg, og LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå kan være med på å skape press på å få den eldre utskrevet fra sykehus. Kommunene kan trolig også

føle et press for å ta imot disse pasientene, da de må betale for pasienter som er registrert utskrivningsklare, men som de ikke tar imot (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Eldre pasienter utgjør mange av liggedøgnene på sykehus, og med det som ser ut som en økende tendens av liggedøgn som kunne vært løst kommunalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) mener jeg også at sykepleieren samtidig må passe på at pasienten ikke holdes igjen på sykehuset når det ikke er nødvendig. Pasienten kan være influert av institusjonaliseringseffekten, som kan påvirke hvorvidt sykepleierne på sykehus vurderer pasienten som utskrivningsklar (Danielsen & Fjær, 2010). Samhandlingsreformen har økt satsingen på kommunale helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og kommunene burde i prinsippet være rustet nok til å ta imot pasienten på et tidlig tidspunkt i forløpet, slik at pasienten blir behandlet på lavest mulig effektive nivå. På den andre siden er det også viktig å spørre seg om man overholder LEON-prinsippet med hensyn til pasienten, eller med hensyn til bedriftsøkonomi (Orvik, 2014).

Sykepleieren kan tenkes å ha gode bidragsmuligheter for å unngå for tidlig utskrivelse av eldre pasienter. Likevel merket noen sykepleiere på et underliggende profesjonelt hierarki, som gjorde at de ikke følte seg hørt i beslutningsprosessen rundt planleggelse av pasientens utskrivelse (Waring et al., 2016). Man kan spørre seg om et slikt profesjonelt hierarki er heldig for avgjørelsene som tas rundt pasienten. Sykepleierens brede kunnskap er viktig for å kartlegge og avdekke pasientens behov (Orlando, 1995). Funn og teori heller i retning av at diskreditering av sykepleierens meninger kan føre til forhastede utskrivelsesprosesser. Det bør også merkes at sykepleiere erfarte at legene hadde for mye å gjøre og gjorde oppgaver på forhastet vis (Waring et al., 2016). Alt dette tyder på at sykepleieren bør benyttes som en viktig ressurs i utskrivelsen av eldre pasienter, og hennes meninger bør tas på alvor i planleggingsprosessen.

## 5.2. God vurdering av pasienten

Tingle (2016) peker på manglende vurdering av den eldre pasienten som en trussel for pasientsikkerheten ved utskrivelse. I studiene ser vi at det oppstod forskjeller i måten pasienten ble vurdert, både mellom sykepleiere og leger på sykehus (Waring et al., 2016) og

mellom sykepleiere på tvers av sektorer (Danielsen & Fjær, 2010). Det var en erfaring blant sykepleiere at legene kun vurderte hvorvidt pasienten var medisinsk utskrivningsklar (Waring et al., 2016). Likevel bør andre faktorer enn det medisinske også være med, for å få til en helhetlig vurdering av pasienten og hvorvidt han er utskrivningsklar med tanke på mestring og funksjon. Eldre har i større grad individuelle forskjeller det må tas hensyn til i sine sykdomsbilder enn det yngre har (Ranhoff, 2014). Kirkevold (2014a) understreker at sykepleiere trenger kunnskap om hva det vil si å være eldre og hjelpetrengende, for å forstå de utfordringene og behov eldre får i møte med sykdom. Noen sykepleiere erfarte at mangelfull vurdering kunne føre til at eldre pasienter ble skrevet ut med pleiekrav som ikke ble dekket utenfor sykehuset (Waring et al., 2016), og dette ser jeg på som en faglig og etisk uforsvarlig situasjon å sette den eldre i. Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016) understøtter dette, da de fant at syke eldre i overgangsfasen mellom sykehus og hjem følte at fremtiden var usikker, og var engstelige for de forandringene som kom til å skje. Det kan se ut som det er behov for at det settes av nok tid blant sykepleierne på sykehus til å vurdere pasientens helhetlige situasjon, samt behov for en prosedyre som gjør at vurderinger gjøres på samme måte. På den andre siden kan dette være vanskelig å få til, da det vil kunne gå på tidsmessig bekostning av andre oppgaver på avdelingen. Det kan også være utfordrende å finne en felles eller standard vurderingsmåte, da eldre pasienter har større individuelle forskjeller i sine helseproblemer enn andre yngre pasienter, og som det bør tas hensyn til (Ranhoff, 2014), og en standardmåte kan gjøre det utfordrende å fange opp det individualistiske.

En tverrfaglig tilnærming synes å være viktig for å vurdere den eldre pasienten på en helhetlig måte. Funnene viser at noen sykepleiere opplevde at planleggingen og kartleggingen av behov ble problematisk hvis ikke relevante aktører ble involvert (Waring et al., 2016), og det å møte de eldres komplekse behov på en tverrfaglig måte har blitt ansett som «best practice» (Laugaland et al., 2012). Sykepleierens bidrag blir i faglitteraturen pekt på som en viktig komponent i det tverrfaglige samarbeidet (Kirkevold, 2014b).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) peker også på at helhetlige behov krever helhetlige tjenester, og noen sykepleiere erfarte at mangel på tverrfaglige vurderinger kan føre til at helhetlige problemer ikke blir løftet frem, da beslutningene var dominert av medisinske utfordringer (Waring et al., 2016). En individualisert og dokumentert plan for utskrivelsen, som lages sammen med pårørende, pasient og andre yrkesgrupper kan



være viktig for å gjøre utskrivelsen tryggere (Laugaland et al., 2012). Tverrfaglighet har i tillegg vist å gi tilfredshet og opplevelse av kvalitet blant både helsepersonell og pasienter, samt være et produktivt og effektivt tiltak (Orvik, 2014). Alt dette tyder på at tverrfaglig tilnærming når pasientens behov skal vurderes vil være gunstig, særlig når det gjelder eldre pasienter. Samtidig uttrykte ansatte fra andre fagfelt enn sykepleie at det var vanskelig å bli inkludert, når møter og aktiviteter ikke ble koordinert med deres plan (Waring et al., 2016). Min erfaring er at andre yrkesgrupper er mindre til stede på sengeposten enn det sykepleierne er, som kan gjøre det å samarbeide tverrfaglig til en prosess som krever god planlegging, organisering og koordinering. På den andre siden tror jeg det kan være lønnsomt å få det til, da tverrfaglig samarbeid kan gjøre den eldre pasienten bedre rustet for utskrivelsen til hjemmet, som igjen potensielt vil kunne unngå at pasienten får komplikasjoner knyttet til reinnleggelse eller tilbakefall, noe andre studier også har sett tendenser til (Kirkevold, 2014b). Vi ser også at det kan øke kunnskap og forståelse mellom yrkesgruppene og det arbeidet de gjør (Laugaland et al., 2012). Det kan være viktig for sykepleieren å vurdere behovet for tverrfaglige vurderinger av pasienten før utskrivelsen, som et ledd i å bidra at utskrivelsen blir trygg.

### 5.3. Konsultering av pasienten

Når man blir eldre og hjelpetrengende kan det for noen være utfordrende å godta nettopp det at man blir avhengig av andres hjelp. Derfor er det som tidligere nevnt viktig å møte eldre pasienter på en måte som gjør at de opplever respekt, verdighet og egenverd (Kirkevold, 2014a). Dette bekreftes av Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016), hvor de eldre pasientene hadde tydelige forventninger for respekt og involvering i beslutninger. De andre studiene tyder også på at sykepleiere vurderer samarbeid med pasienten som viktig, blant annet for å få en god individualisert utskrivelsesplan (Abu et al., 2018; Laugaland et al., 2012). Mangelfull deltakelse i planleggelsen av egen utskrivelse har i studier blitt oppdaget som en vanlig erfaring blant eldre (Efrainsson gjengitt fra Kirkevold, 2014a), på tross at av brukerperspektivet skal stå sentralt i verdigrunnet for samhandling (Fjørtoft, 2016). Pasientmedvirkning kan også synes å være viktig for å sikre et helhetlig forløp, og øke pasientens egenmestring og empowerment, samt belyse hva den enkelte pasient har behov

for av kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Laugaland et. al, 2012). Dårlig formidling av informasjon til den eldre, spesielt rundt legemidler, kan være truende for pasientens etterlevelse av medisinske råd etter utskrivelsen (Waring et al., 2016). Dette er med på å belyse hvorfor det er viktig med brukermedvirkning under planleggelsen av utskrivelse av eldre pasienter. Likevel kan det være utfordrende, da samtalen med pasienten fort kan bli forhastet, og potensielle språkbarrierer kan være med på å forhindre pasientens muligheter til å medvirke (Abu et al., 2018). Et tredje aspekt er også at eldre pasienter selv kan føle det vanskelig å skulle vurdere egne behov for tiden etter utskrivelsen, da det kan være vanskelig å ta beslutninger når helsen er redusert. Funnene tyder på at flere eldre finner overgangen mellom sykehus og hjem som usikker, og at det er vanskelig å tenke seg til hvordan man vil ha det når man kommer hjem. Det ser ut til å være mer aktuelt jo større hjelpebehov pasienten har (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016).

Det var et mål i Samhandlingsreformen at befolkningens ansvar for egen helse og utvikling skulle ha større fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), noe som gir en viktig grunn for at sykepleieren skal tilstrebe pasientmedvirkning i utskrivelsesprosessen. Likevel må det tas hensyn til individuelle forskjeller, og pasientens tilstand bør tas i betraktning med tanke på graden av brukermedvirkning han skal ha, samt å gi nok informasjon slik at pasienten er i stand til å kunne ta et valg han skjønner konsekvensene av. Dette understøttes av Pasientsikkerhetsprogrammet, hvor pasientmedvirkning med nok og forståelig informasjon sees på som en viktig faktor (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014-2018a).

## 5.4. Tilstrekkelig informasjon til pårørende og behandlere

Den tredje utfordringen for trygg utskrivelse, påpekt av Tingle (2016), er manglende informasjon til behandlere og pårørende. Det å involvere den eldre pasientens pårørende har blitt foreslått som en særdeles viktig faktor for en trygg utskrivelse (Laugaland et al., 2012). Funnene tyder på at det å informere og involvere de pårørende vil kunne få de til å føle seg mer forberedt for tiden som kommer etter utskrivelsen, og i tillegg være positivt for pasientens etterlevelse av behandlingsplan samt motivasjonen for hjemreisen (Abu et al., 2018; Laugaland et. al, 2012). Orviks definisjon av samhandling peker på at også de pårørende skal oppleve helhet i tjenesten og tiltakene pasienten får (Orvik, 2014). Det er av

min oppfatning at pårørende kan fungere som viktige støttespillere for den eldre pasienten, og at sykepleieren gjør klokt ved å involvere dem fra et tidlig tidspunkt. Likevel må sykepleieren huske å konsultere pasienten først, for å sørge for at taushetsplikten overholdes (Helsepersonelloven, 1999, §21). Det bør også tas i betraktning at ikke alle eldre har noe sterkt nettverk, eller særlig mange pårørende å forholde seg til. Eldre pasienter kan også kjenne på det å være en byrde for sine pårørende, og kanskje særlig for partnere med tilsvarende høy alder, som studien til Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016) påpekte. Det kan altså være viktig å involvere pårørende, men det må gjøres i samarbeid med pasienten.

Miskommunikasjon mellom sykepleierne i og utenfor sykehus ble pekt på som en vanlig erfaring blant sykepleierne i Abu et al. (2018) sin studie. Dette kan være vanskelig å generalisere, da det var en studie med få respondenter. Likevel kan en tenke seg at det er overførbart til andre sykepleiere, da flere av de andre, større studiene også peker på hvor sårbar kommunikasjonen mellom de to sektorene er (Waring et al., 2016; Laugaland et. al, 2012). Kommunikasjon ble pekt på som en viktig faktor for å kunne planlegge pasientens videre pleiebehov, men studiene viser utfordringer som at sektorene jobber uavhengig fra hverandre og at ulike dokumentasjonssystemer kan hindre tilgjengeligheten på pasientinformasjon (Abu et al., 2018; Waring et. al, 2016). Også Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) anerkjenner utfordringen, når de påpeker at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulikt fokus og ulik organisering, som påvirker kommunikasjonen og kan bidra til ulik vektning av problemstillinger. Jeg ser på det som relevant at sykepleieren på sykehus bør tilstrebe å oppnå god kommunikasjon med pasientens relevante behandlere, som et bidrag til at utskrivelsen blir trygg. Sykepleieren bør være bevisst at sykepleieren i hjemmet vil ha langt større fokus på funksjon og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og derfor vise hensyn til dette i sin kommunikasjon. Samtidig er det utfordrende når sektorene jobber uavhengig og med ulike mål, og med dokumentasjonssystemer som ikke alltid fungerer overens. En toveiskommunikasjon mellom sektorene er etter min mening avgjørende for god samhandling.

## 5.5. Plan for hjemmesituasjon, og god samhandling

Danielsen & Fjær (2010) fant at samhandling mellom sykepleiere ble praktisert på svært varierende måter. Negative erfaringer med tanke på samhandling var også det som lå i grunn for utarbeidelsen av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flere sykepleiere er klar over at samhandling er en viktig kontekstuell faktor for trygg utskrivelse av eldre pasienter (Waring et al., 2016). Samtidig gjør ulik arbeidsorganisering på sykehus og i kommunen det vanskelig å samhandle, da det kan skape begrensninger for å nå hverandre (Danielsen & Fjær, 2010), som når saksbehandling i kommunen kun foregår på dagtid i hverdager. I tillegg er også presset mot utskrivelse rett før helgen med på å vanskeliggjøre at utskrivelsen skjer på en trygg og forsvarlig måte for den eldre pasienten (Waring et al., 2016; Danielsen & Fjær, 2012). Det vil være viktig at utskrivelsen er godt planlagt, og at hvis den skjer tett på helg eller vaktskifte, burde dette være godt kommunisert og avtalt med aktuell kommune. Det er mange faktorer som må på plass før pasienten kan sendes hjem, og det kan ta tid å få ferdigstilt epikriser og sammenfatninger, samt at transport må bestilles og ofte ventes på. Den kan være uheldig å utsette utskrivelsen av pasienten til etter helgen, da det kan forhindre behandling i henhold til LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive nivå, samt øke risikoen for helsetjenesteassosierte infeksjoner. Dette vil være særlig viktig å overveie når det gjelder eldre pasienter, da fysiske aldersforandringer gir økt sårbarhet for sykdom (Ranhoff, 2014). Det vil også kunne være vanskelig for sykepleieren å foreslå at pasienten blir inneliggende lenger, når noen kan erfare et organisatorisk press fra både sykehusledelse og arbeidsplassens kultur på å opprettholde god «pasient-flow» (Waring et al., 2016). Sykepleieren må her trekke frem sin kunnskap, og kunne faglig begrunne hvorfor pasienten trenger å være inneliggende lenger, hvis det er behov for dette.

Et viktig punkt i samhandlingen rundt eldre pasienter ser ut til å være pasientens hjemmesituasjon. Både sykepleiere og pasienter i studiene har pekt på viktigheten av en god hjemmesituasjon ved utskrivelse fra sykehus (Waring et al., 2016; Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016; Abu et. al, 2018). Målet i eldreomsorgen er at pasienten skal oppnå trygghet i eget hjem (Fjørtoft, 2016), og både velferdsteknologi og universell utforming av boliger er med på å muliggjøre dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). I Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016) sin studie bekreftet de eldre pasientene at hjelpemidler og

velferdsteknologi var viktig for et trygt fysisk hjemmemiljø. De eldre var i behov av å føle at hjemmet var trygt å reise tilbake til, med tanke på tilstanden de befant seg i (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016). Tilgjengeligheten på ulike tjenester i nærmiljøet ser også ut til å være viktig, både for tryggheten og for etterlevelse og oppfølging av pasientens medisinske utfordringer (Abu et al., 2018). Av dette kommer det frem at hjemmesituasjonen sees på som viktig av både sykepleiere og eldre pasienter, og at det derfor er viktig å få kartlagt hjemmesituasjonen godt før utskrivelse. Studier viser at eldre får et høyere ønske om å reise hjem når de selv føler at de mestrer situasjonen, og ser på hjemmet som trygt (Gabrielsson-Järhult & Nilsen, 2016). Sykepleieren bør derfor tilstrebe at den eldre pasienten har trygge og tilrettelagte omgivelser å komme hjem til, ved å samhandle med kommunen om dette. Et av sykepleierens formål er å innfri pasientens behov indirekte, ved å hjelpe pasienten med å skaffe bistand fra andre aktører (Orlando, 1995). På den andre siden må sykepleieren ta i betraktning pasientens sosioøkonomiske situasjon, og ha forståelse for at hjemmesituasjoner som kan fremstå ugunstige eller dårlig tilrettelagt ikke nødvendigvis er til plage for pasienten, og kan være det som virker mest hjemlig og trygt for ham.

Samhandling mellom sektorene er som nevnt sett på av sykepleiere som en viktig kontekstuell faktor for trygg utskrivelse av eldre, og det å samhandle om intervensjonene som planlegges av sykehus og kommune ser ut til å være viktig for å unngå reinnleggelse av eldre pasienter (Waring et al., 2016; Laugaland et. al, 2012). Sykepleieren på sykehus bør søke samarbeid med hjemmesykepleieren som en ressurs i planleggingen, da de ofte kan ha kjent til pasienten fra et tidlig stadium (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Dette bekreftes av Fjørtoft (2016) som mener at spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien er avhengig av et godt samarbeid. Videre peker hun på at klare rutiner er viktig for å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling (Fjørtoft, 2016), men det kan se ut som at ulikt fokus i sektorenes vurdering av hjelpebehov gjør at sykepleiere i kommunen må gjøre egne vurderinger i tillegg (Danielsen & Fjær, 2010). Det at samhandlingen ble beskrevet som en forhandlingsprosess av noen sykepleiere (Danielsen & Fjær, 2010), kan tyde på at fokuset ikke alltid er hos pasienten. Samhandlingen bør ta utgangspunkt i det pasienten ønsker, og situasjonen han eller hun står i (Fjørtoft, 2016). Ut fra dette kan man tenke seg at sykepleieren bør sørge for god samhandling med kommunen i forkant av den eldre pasientens utskrivelse, og forsøke å vise hensyn til måten hjemmetjenester organiseres og

fungerer. Samtidig er eldre pasienter en utsatt gruppe for sykdom, og tilstanden kan endre seg raskt på et sykehus. Dermed kan det bli utfordrende å oppdatere hverandre, når kommunen er vanskelig å nå utover normal arbeidstid. Jeg mener da at begge sektorene bør være åpne og fleksible i samhandlingen, og ha forståelse for hverandre og måten man jobber på, i tillegg til at det holdes fokus på den eldre pasienten og hans situasjon og ønsker.

## 6. OPPSUMMERING

Trygg utskrivelse av eldre pasienter er et tema med mange aspekter å ta stilling til. Funn og diskusjonsdelen peker på sykepleieren som en viktig ressurs, da han eller hun med blant annet sin organisatoriske og kliniske kompetanse innehar gode muligheter til å kartlegge og vurdere eldre pasienters behov. Det er likevel tendenser til et profesjonelt hierarki og organisatorisk press, som kan være med på å vanskeliggjøre dette. Et viktig aspekt er å unngå at den eldre skrives ut for tidlig, for å unngå reinnleggelser og tilbakefall. Samtidig bør man overholde LEON-prinsippet i tråd med Samhandlingsreformen, for å unngå unødige sykehusdøgn og sikre kostnadseffektiv pasientbehandling.

Eldre pasienter har oftere individuelle forskjeller og behov, noe som krever helhetlige vurderinger. Det er en erfaring blant eldre at overgangen mellom sykehus og hjem føles usikker, og sykepleieren må sørge for at det tas tilstrekkelige vurderinger for å minske denne følelsen. En tverrfaglig tilnærming er anbefalt, med sykepleieren som en viktig bidragsyter i teamet. En slik tilnærming vil sørge for at helhetlige behov blir vurdert, og samtidig kunne øke faggruppens kunnskap og forståelse for hverandre.

Pasientmedvirkning er et viktig aspekt i verdigrunnet for samhandling, og bør tilstrebes. Det er viktig at den eldre pasienten blir møtt med respekt, og får muligheten til å involveres i beslutninger om eget liv. Samtidig må det tas individuelle vurderinger, og det må sørges for at pasienten får tilstrekkelig og forståelig informasjon. Hvis pasienten ønsker, bør også pårørende involveres, da dette kan styrke den eldre pasientens motivasjon og etterlevelse ved utskrivelse.

God kommunikasjon og samhandling med kommunen står som et viktig prinsipp i arbeidet for en trygg utskrivelse. Ulike organisasjonsformer, fokus og mål kan fremstå som utfordrende, og nødvendiggjør herved at sykepleieren på sykehus er bevisst den andre sektorens arbeidsmåte. Et av de viktigste punktene i samhandlingen er å sørge for at hjemmesituasjonen er trygg ved utskrivelse, gitt de hjelpemidlene den eldre måtte være i behov for. Det viktigste synes likevel å være at samhandlingen har fokus på den eldre pasienten, hvor hans helhetlige behov og personlige ønsker står i sentrum.

## KILDER

- Abu, H. O., Anatchkova, M. D., Erskine, N. A., Lewis, J., McManus, D. D., Kiefe, C. I. & Santry, H. P. (2018). Are we “missing the big picture” in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Applied Nursing Research*, 44, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.006>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care - a practical guide* (4 utg.). London: Open University Press.
- Braut, G. S. (2019). LEON. Hentet 11.02. 2020 fra <https://sml.snl.no/LEON>
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet - mulighetenes arena. I M. B. Kirkevold, Kari; Ranhoff, Anette Hysten (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dale, B. & Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: home nursing leaders experiences *Journal of multidisciplinary healthcare*, 6, 379-389. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JMDH.S51947>
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, B. V. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning*, (1), 28-34.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Helse hos eldre i Norge Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#forventet-levealder-oeker-flere-eldre-i-befolkningen>
- Fraser, S. A. H., Sæther, A. S., Haram, O., Mosveen, E. & Majid, S. (2019, 08. desember). Reformsviket. VG. Hentet 02.03.2020 fra <https://www.vg.no/spesial/2019/samhandlingsavvik/>
- Gabrielsson-Järhult, F. & Nilsen, P. (2016). On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 135-144. <https://doi.org/10.1111/scs.12231>
- Healthwatch England. (2015). Safely home: What happens when people leave hospital care settings? *Healthwatch England Special Inquiry*, 2-60. Hentet fra



[https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/final\\_report\\_healthwatch\\_special\\_inquiry\\_2015\\_1.pdf](https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/final_report_healthwatch_special_inquiry_2015_1.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Morgendagens omsorg* (Meld.St. 29 (2012-2013) ). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Forskrift om endring i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2014-12-11-1590>

Helsebiblioteket.no. (2016). PICO Hentet 16.01.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Hesledirektoratet. (u.å.). LEON-prinsippet. Hentet 11.02.20 fra <http://www.forebygging.no/ordbok/l-p/leon-prinsippet/>

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64) hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>

Kirkevold, M. (2014a). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 22-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, M. (2014b). Kartlegging. I M. B. Kirkevold, Kari; Ranhoff, Anette Høyen (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work (Reading, Mass.)*, 41 Suppl 1(1), 2915. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>

- Orlando, I. J. (1995). *Det dynamiske forhold mellem sygeplejerske og patient : funktion, proces og principper*. København: Munksgaard.
- Orvik, A. (2014). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014-2018a). Trygg utskrivning Hentet 15.01. 2020 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014-2018b). I trygge hender Hentet 15.01 2020 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 212-223). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Oslo. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Betydelige forskjeller i bruk av kommunale omsorgstjenester blant eldre. Hentet 16.03.20 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/betydelige-forskjeller-i-bruk-av-kommunale-omsorgstjenester-blant-eldre>
- Svartdal, F. (2018). Fagfellevurdering. Hentet 11.02. 2020 fra <https://snl.no/fagfellevurdering>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tingle, J. (2016). Ensuring the safe discharge of older patients from hospital. *British Journal of Nursing*, 25(14), 812-813. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.14.812>
- Waring, J., Bishop, S. & Marshall, F. (2016). A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service. *BMC health services research*, 16(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1568-2>

World Health Organization. (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Hentet 14.01 2019 fra

<https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health* (9241565047). World Health Organization. Hentet fra

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=BD83CD996E41F448495235C7305B4742?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=BD83CD996E41F448495235C7305B4742?sequence=1)



## VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA

# PICO

	Norsk	Engelsk	Søkeord
<i>P (patient/problem)</i>	Eldre pasienter	Older patients	Engelsk: Old patients, elderly patients, older patients, geriatric patients  Norsk: Eldre, eldre pasienter, geriatri
<i>I (intervention)</i>	Utskrivelse fra sykehus til hjemmet	Discharge from hospital to home / community	Engelsk: Discharge, hospital discharge, home services, transitional care, care transition*  Norsk: hjemmesykepleie, utskrivelse, kommunal hjelp
<i>C (comparison)</i>			
<i>O (outcome)</i>	Trygg utskrivelse	Safe discharge	Engelsk: Nurse, nurses, safe discharge, care continuity, community  Norsk: sykepleier, trygg utskrivelse, samhandling, pasientsikkerhet

## VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK

# SØKEHISTORIKK

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkludert artikkel i oppgave
13/01-20	Cinahl	Nurs* AND Home AND (Safe discharge OR «hospital discharge») AND (old* patients OR geriatric patients)	25	4	1	1
13/01-20	PubMed	(Nurs* OR hospital nurs*) AND older patients AND (safe discharge OR hospital discharge) AND (communication OR cooperation) AND home AND community AND care transition	21	6	3	2
20/01-20	Sykepleien Forskning	Eldre pasienter, utskrivelse	6	2	1	1
24/01-20	PubMed	safe hospital discharge AND care transition AND perceptions	13	2	1	1

## VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE

# LITTERATURMATRISE

Forfatter, år	Tittel	Mål/Hensikt	Metode	Hovedfunn
Danielsen, B. & Fjær, S., 2010	Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune	Å identifisere faglige og organisatoriske forhold som er problematiske i forbindelse med overføring av pasienter, og finne ut hva som kan bedre og sikre samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune	Tre fokusgruppeintervju av totalt 12 sykepleiere fra Haukeland Universitetssykehus og Bergen kommune, samt journalgransking av sykepleieopplysning er fra 67 pasienter ved tre sengeposter ved Haukeland Universitetssykehus	Resultatene var at kontaktflaten mellom sykehus og kommune framsto uorganisert når det kom til vurdering av funksjonsnivå, hjelpebehov og forventninger til det andre tjenestenivået. Vurderinger skjedde ut fra en delvis løsrevet oppfatning om pasientens beste, selv om samhandlingen var strukturert av avtaler. Fleksibilitet og faglig skjønn var det som bidro til at overføringen oftest fungerte. Det blir konkludert med behov for å styrke helhetstenkningen for å bedre samhandling mellom nivåene.
Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P., 2012	Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence	Finne tiltak for å forbedre pasientsikkerheten ved overføring av eldre pasienter (>65 år)	Systematisk litteratursøk i 5 databaser, gjennomgang av 11 ulike artikler fra 1999 til 2010	Gjennomgangen fant flere potensielle tiltak for å forbedre kommunikasjon rundt trygg pasientoverføring. Dette inkluderte profesjonsorienterte tiltak (opplæring og trening), organisatoriske tiltak (utskrivelses-sykepleier, utskrivelsesprosedyre, planlegging av

				utskrivelse, utskrivelsesbrev, elektroniske verktøy) og pasient-/pårørendeorienterte tiltak (pasientoppmerksomhet og empowerment, støtte etter utskrivelse).
Gabrielsson-Järhult, F. & Nilsen, P., 2016	On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital	Undersøke eldre menneskers bekymringer rundt egne behov etter utskrivelse, slik de kommer i uttrykk under et utskrivelsesmøte på sykehuset	Kvalitativ studie med eksplorativt design, basert på observasjoner. Data hentet fra utskrivelsesmøter med 27 eldre pasienter ved et sykehus i Sverige, og analysert ved bruk av innholdsanalyse	Det overordnede temaet var at eldre pasienter føler de befinner seg i en livsendrende prosess («life transition»), som gjør situasjonen sårbar og tvetydig. Det som kom frem som viktig for pasientene var å oppnå en trygg livssituasjon, behov for kontinuitet i pleien og hjelpen, og være delaktig og gjenoppnå uavhengighet.
Waring, J., Bishop, S. & Marshall, F., 2016	A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service	Identifisere medvirkende og latente faktorer som truer trygg utskrivelse fra sykehus. Fokus på pasienter med hoftebrudd og hjerteinfarkt.	En kvalitativ studie med narrative intervjuer med 213 kandidater fra to regionale helse- og sosialsystemer i England. De intervjuede var både ulikt helsepersonell fra sykehus og kommuner («the community»), samt pasienter og pårørende.	Faktorene som truet trygg utskrivelse ble inndelt i 3 kategorier: (1) «direkte» hendelser av pasientskader som fall, infeksjoner, sår/trykksår, problemer med medisiner, og tilbakefall/reinnleggelse, (2) proksimale medvirkende faktorer som manglende utførelse av tester, vurdering av pasienten, administrering av nødvendig utstyr og medisiner, plan for hjelp etter utskrivelse og pasientinformasjon, og (3) distale «latente» faktorer som planlegging av utskrivelsen, samhandling,



				henvisninger, utskrivelsestidspunkt, begrensede ressurser og organisatorisk press.
Abu et.al, 2018	Are we «missing the big picture» in Transitions of Care? Perspectives of Healthcare Providers Managing Patients with Unplanned Hospitalization	Undersøke faktorer som negativt eller positivt påvirker overføring av pasienter etter en uplanlagt innleggelse på sykehus	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av 15 helsearbeidere fra ulike disipliner ved et sykehus i Massachusetts, USA, som er involvert i utskrivelse av pasienter	Noen av faktorene som påvirker overføringsprosessen var knyttet til forutsetninger for utskrivelse: ikke tilpassede og overfylte informasjonsskriv, tidspunkt for samtale om tiden etter utskrivelse, og ansatt-pasient- / ansatt-ansatt-miskommunikasjon. Andre faktorer var knyttet til eksterne faktorer: deltakelse fra omsorgspersoner / hjemmetjeneste, ha et trygt og stabilt hjemmemiljø, og tilgang på helsetjenester og ressurser i nærmiljøet.