

Sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre

Erfaringer fra sykehjems- og sykehuspersonell

Guro Thun
Mai 2014

Universitetet i Stavanger
Institutt for helsefag
Veileder: Karina Aase, professor

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Guro Thun

VEILEDER: Professor Karina Aase

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre – erfaringer fra sykehjems- og sykehuspersonell

Engelsk tittel: Hospital admission of frail elderly as experienced by nursing home and hospital personel

EMNEORD/STIKKORD:

Kvalitet, skrøpelig, eldre, sykehusinnleggelse, frail elderly, hospitalization, hospital admission, health care quality

ANTALL SIDER: 65

Stavanger, 30. mai 2014

Forord

Temaet for denne oppgaven ble valgt på grunnlag av mitt engasjement og min arbeidserfaring innenfor eldreomsorgen. Man kan si at jeg til tider har sett med bekymring på fremtiden i helsevesenet med tanke på en stadig økende andel eldre med komplekse hjelpebehov, og et langt mindre antall "varme hender" til å ivareta disse. Gjennom studien har jeg likevel gjort meg noen positive erfaringer. Jeg har møtt helsepersonell både i sykehus og i sykehjem som ser og anerkjenner eldre som en sårbar og kompleks pasientgruppe, og som er klar over de utfordringene dette medfører i forbindelse med sykehusinnleggelse. Det er et stort behov for videre forskning på området for å utvikle mer kunnskap om sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre, slik at disse innleggelsene blir preget av kvalitet og kontinuitet.

Jeg ønsker å takke flere personer for å ha gjort det mulig å gjennomføre denne studien. Aller først vil jeg rette en stor takk til sykehuset og sykehjemmene som hjalp meg å finne informanter. Tusen takk til informantene som satte av tid og viste stort engasjement i forbindelse med intervjuene.

Den neste jeg vil takke er min veileder Karina Aase som har bidratt med grundig veiledning gjennom hele denne utfordrende prosessen. Du har gjort en god jobb! Jeg vil også takke Dagrunn Nåden Dyrstad for samarbeid og veiledning i forbindelse med datainnsamling.

Ellers vil jeg takke korrekturleserne mine Tore og Ellen. Jeg vil takke min far for god støtte og praktisk hjelp, deriblant for utlån av kontor og til trykking av oppgaven. Jeg vil også takke min mor for kontinuerlig omsorg og motivering gjennom hele masterstudiet.

Jeg vil til slutt takke studievenner og lærere som har gjort masterstudiet kjekt og lærerikt! En spesiell takk går til "Trekløveret" mitt, Line og Martine. Jeg hadde ikke klart det uten dere 😊

Stavanger, 29.05.14

Guro Thun

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag	5
1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Studiens hensikt og formål	8
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.4 Begrepsavklaringer	9
1.5 Faglig samarbeid	10
2.0 Teoretisk rammeverk	11
2.1 Tidligere forskning	11
2.2 Kontinuitet	12
2.3 Samhandling	13
2.4 Kvalitet	15
2.5 Forholdet mellom kvalitet og samhandling	16
2.6 Ressurser	17
2.7 Informasjonsoverføring	19
3.0 Kontekst rundt sykehusinnleggelse	20
3.1 Lover og retningslinjer	20
3.2 Kommunens ansvar ved sykehusinnleggelse:	21
3.3 Helseforetakets ansvar ved sykehusinnleggelse	22
3.4 Elektronisk meldingsutveksling	22
4.0 Metodologi	23
Litteratursøk	23
4.1 Valg av forskningsdesign	23
4.2 Fenomenologi	24
4.3 Begrunnelse for valg av forskningsmetode	25
4.4 Utvalg	26
Sykehjemspersonalet	27
Sykehuspersonalet	27
Tabell 1: Oversikt over informantenes yrke, kjønn, alder og yrkeserfaring	28
4.5 Intervjuguide	29
4.6 Gjennomføring av intervjuer	29
Sykehuspersonalet	29
Sykehjemspersonalet	30
4.7 Analyse	31

4.8 Gyldighet og pålitelighet	33
4.9 Forskningssetiske vurderinger og retningslinjer	35
5.0 Funn.....	36
5.1 Samhandling.....	37
5.1.1 Sykehuspersonalet	37
5.1.2 Sykehjemspersonalet	41
5.2 Informasjonsoverføring	46
5.2.1 Sykehuspersonalet	46
5.2.2 Sykehjemspersonalet	49
5.3 Risikofaktorer	50
5.3.1 Sykehuspersonalet	50
5.3.2 Sykehjemspersonalet	54
6.0 Diskusjon.....	57
6.1 Informasjonsoverføringens betydning.....	58
6.2 Konteksten rundt sykehusinnleggelsen	61
6.3 Sykehusinnleggelse til det beste for den eldre skrøpelige pasienten?	63
7.0 Konklusjon og implikasjoner	67
7.1 Svar på forskningsspørsmålene	67
7.2 Implikasjoner for praksis.....	69
7.3 Videre forskning.....	70
8.0 Bibliografi	71

Vedlegg 1: Intervjuguide sykehus: Ambulansepersonell

Vedlegg 2: Intervjuguide sykehjem: Avdelingssykepleiere

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring sykehus

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring sykehjem

Vedlegg 5: REK-godkjenning

Sammendrag

Innledning: Andelen eldre i Norge øker stadig. Eldre er en gruppe som har komplekse helsetilstander og påfølgende behov for gode og koordinerte helsetjenester. I takt med denne økningen i antall eldre vil man også se en betydelig økning i antall sykehusinnleggelse og sykehusdøgn blant eldre. Med innføring av Samhandlingsreformen fra 01.01.12 har det skjedd endringer innenfor organiseringen av helsehjelpen. Reformen har som hensikt å sikre pasienter koordinerte tjenester ved å bygge relasjoner mellom de ulike aktørene i helsevesenet. I den forbindelse gis kommunene en større rolle og mer ansvar for sine innbyggere. Denne studien tar for seg samhandlingen mellom helsepersonell i sykehus og sykehjem i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre pasienter. Studien har et kvalitetsfokus.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvilke faktorer helsepersonell opplever at bestemmer kvaliteten på sykehusinnleggelse av eldre pasienter fra sykehjem. Målet er å finne ut hva som kan føre til at innleggelsesprosessen blir av best mulig kvalitet både, for helsepersonell på sykehus og på sykehjem, i deres arbeid med den eldre pasienten.

Studien bygger på følgende problemstilling:

Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som avgjørende for kvaliteten på sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?

Med utgangspunkt i denne problemstillingen søker jeg svar på tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver helsepersonell samhandlingen mellom sykehus og kommune i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?
2. Hvordan beskriver helsepersonell informasjonsoverføring i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?
3. Hvordan beskriver helsepersonell risikofaktorer ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?

Forskningsdesign: Studien har et eksplorerende design og er en flercase-studie. Det er anvendt en kvalitativ metode i form av individuelle intervjuer for å belyse problemstillingen. Informantene har vært 20 helsepersonell med varierende profesjonsutdanninger ansatt i sykehus og i sykehjem. Inklusjonskriteriet har vært at informantene jobber med, og har erfaring med, sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre pasienter.

Funn: Studien avdekker at samhandling mellom helsepersonell på tvers av sykehus og sykehjem har betydning for kvaliteten på sykehusinnleggelsen. Informasjonsoverføringen spiller en sentral rolle i samhandlingen, og samtlige informanter er opptatt av at informasjonen som utveksles må være helhetlig, korrekt og oppdatert for å kunne ivareta den eldre pasienten på en god måte. Det er utarbeidet rutiner for informasjonsutveksling til sykehuset og disse er mer eller mindre implementert i sykehjemmene. Studien viser at helsepersonalet i sykehjem har lite kontakt og samarbeid med sykehuset utover informasjonsoverføringen. Det kommer også fram i studien at faktorer som travelhet, personalmangel og kompetansemangel påvirker ivaretagelsen av pasienten i negativ forstand, og disse faktorene kan resultere i tap av oversikt og kontroll, noe som videre går utover pasientsikkerheten.

Konklusjon: Studien viser at samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av sykehus og sykehjem har betydning for kvaliteten i overføringen ved en sykehusinnleggelse fra sykehjem. Ved mangelfull informasjonsoverføring i form av for eksempel korrekte medisinske opplysninger kan man risikere at det skjer feil og misforståelser, som kan gi konsekvenser i form av feil eller forsinket behandling, eller i verste fall pasientskade og død. Også arbeidshverdagens utfordringer, som for eksempel travelhet og personalmangel, påvirker i mange tilfeller pasientsikkerheten som videre går ut over kvaliteten i overføringen til sykehuset.

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Jeg skal i denne besvarelsen ta for meg akuttinnleggelser av eldre og skrøpelige pasienter fra sykehjem og velger et helsepersonellperspektiv. Studien er kvalitativ og intervjubasert. Masteroppgaven inngår i prosjektet «Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføringer av eldre pasienter» ved Universitetet i Stavanger (Aase et al 2013).

1. januar 2012 startet innføringen av Samhandlingsreformen i Norge, og denne blir beskrevet i St.meld. nr 47 (Regjeringen, 2012). Reformen har som hensikt å sikre pasienter koordinerte tjenester ved å bygge relasjoner mellom de ulike aktørene i helsevesenet.

Pasientmedvirkningen skal styrkes og pasientene og pasientorganisasjonene skal ha større innflytelse på utformingen av helsetjenestene. Reformen svarer på samfunnsøkonomiske utfordringer, og gir kommunene en større rolle og mer ansvar. Organisering av tjenestene vil følgelig ha stor innvirkning på kvaliteten på helsehjelpen (Melby & Tjora, 2013).

Jeg ønsker i denne studien å se nærmere på samhandlingen og samarbeidet mellom helsepersonell, og erfaringene helsepersonell i ulike deler av helsevesenet har med innleggelse av eldre pasienter. Temaet er aktuelt og relevant da vi har en stadig økende andel eldre som medfører utfordringer relatert til behovet for gode og koordinerte helsetjenester. Eldre er en pasientgruppe med et økt behov for koordinerte helsetjenester (Tjora & Melby, 2013; Hagen & Johnsen, 2013).

I 2010 ble antall eldre i Norge over 67 år beregnet til å være 625 000, og det er forventet en stigning i dette antallet til 716 000 innen år 2015. Økningen skyldes flere årsaker, blant annet større fødselskull i perioden 1933-1946, antatt nedgang i dødelighet og høy innvandring. På lang sikt vil man se en betydelig eldre befolkning, og man estimerer at man i år 2060 vil ha et antall eldre i Norge tilsvarende 1,5 millioner (Mørk, 2011). I takt med denne økningen vil man trolig også se en betydelig økning i antall sykehusinnleggelser og sykehusdøgn blant eldre (Huseby, 2005). Mange av de eldre har et fra før komplekse helsetilstander og et stort hjelpebehov og innlegges på sykehuset fra andre tjenestetilbud, eksempelvis sykehjem eller hjemmesykepleie (Huseby & Paulsen, 2009). Det anslås at om lag 70 000 nordmenn over 65 år er rammet av demenssykdom (Helsedirektoratet, 2014). Ranhoff og Linnsund (2005)

beskriver at sykehjemspasienter generelt har høy alder, kroniske sykdommer og funksjonssvikt. Om lag 70-80 % av disse har også mental svikt.

I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) ble en tredjedel av sykehusutgiftene i 2011 brukt til behandling og diagnostisering av eldre pasienter, og i løpet av samme år hadde seks av ti personer over 70 år kontakt med somatiske sykehus. Man ser en utvikling hvor man de siste årene har fått flere innleggelser, men generelt kortere liggetid for de eldre pasientene (Ramm, 2013) .

Næss (2008) har utført en eksplorerende studie som omhandler kjennetegn ved innleggelse av skrøpelige eldre. Resultater viste blant annet at mangelfullt samarbeid mellom lege og sykepleier angående vurdering av pasientens tilstand kan være en medvirkende faktor til sykehusinnleggelse. Det kommunale helsepersonellet oppgir at innleggelsessituasjonen er påvirket av rutinene i virksomheten, personalsituasjonen og tilgang på lege. Infeksjonssykdom, tungpust, hjertesvikt, brystmerter og redusert almenntilstand var blant de hyppigste innleggingsårsakene.

Studien til Næss (2008) er blant de få studier som omhandler sykehusinnleggelse av eldre. Det finnes lite forskning på dette temaet, og med grunnlag i en stadig økende andel eldre (Mørk, 2011), er det behov for mer forskning på området.

1.2 Studiens hensikt og formål

Hensikten med studien er å belyse hvilke faktorer helsepersonell opplever bestemmer kvaliteten på sykehusinnleggelse av eldre pasienter fra sykehjem. Jeg vil finne ut hva som kan føre til at innleggingsprosessen blir av best mulig kvalitet både for helsepersonell på sykehus og på sykehjem i deres arbeid med den eldre pasienten. Mitt overordnede mål med studien er altså å belyse hvilke faktorer som er avgjørende i samhandlingen mellom sykehus og sykehjem i forbindelse med innleggelse. Studien vil bidra til ny kunnskap om kvalitet i sykehusinnleggelser.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

"Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som avgjørende for kvaliteten på sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?"

Forskningsspørsmålene jeg har laget for å få svar på problemstillingen er de følgende:

4. Hvordan beskriver helsepersonell samhandlingen mellom sykehus og kommune i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?
5. Hvordan beskriver helsepersonell informasjonsoverføring i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?
6. Hvordan beskriver helsepersonell risikofaktorer ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt begrepet *skrøpelig* om pasientgruppen denne oppgaven omhandler. For dette begrepet velger jeg å benytte følgende definisjon:

«Den skrøpelige eldre er et individ, over 65 år, som har et stort behov for hjelp i dagliglivet og som ofte bor på institusjon. Vedkommende er ofte multimorbid, og har ikke sjelden udiagnostiserte sykdomstilstander med et påfølgende behov for medikamentell behandling»

(Woodhouse, Wynne, Baillie, James, & Rawlins, 1988).

Prosjektet jeg er tilknyttet benytter begrepet *overføring* i sin tittel. I denne studien gjelder overføringen innleggelse på sykehus fra sykehjem. American Geriatrics Society definerer den aktuelle typen overføringer (på engelsk: transitional care) på denne måten:

"En rekke handlinger utført for å sikre koordinering og kontinuitet i helsehjelpen når pasienter overføres mellom ulike steder eller mellom ulike omsorgsnivå innenfor samme sted. (..) Overføringsomsorgen, som gjelder både aspektene rundt sending og mottakelse, er essensielle for pasienter med komplekse helsetilstander." (Coleman & Boulton, 2003)

Samhandling er et begrep som blir benyttet flere ganger i denne oppgaven. I denne sammenhengen kan det anses som synonymt til begrepet "samarbeid". Samhandlingsreformen (av 01.01.2012) benytter for det meste begrepet "samhandling" for å tematisere relasjonen mellom ulike deler av helsevesenet (Tjora & Melby, 2013). I Stortingsmelding 47 benyttes denne definisjonen:

"Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte." (Regjeringen, 2012)

Kvalitet er ytterligere et sentralt begrep i denne oppgaven. Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitet i helsetjenestene beskriver at kvalitet i helsetjenestene vil si at de er trygge og sikre, virkningsfulle, samordnet og koordinert. Tjenestene skal også utnytte ressursene på en god måte, samt involvere brukere og gi dem innflytelse. Tjenestene skal videre være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2011).

1.5 Faglig samarbeid

Jeg er tilknyttet prosjektet "Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter (2011-2015)" ved Universitetet i Stavanger. Her samarbeider jeg med doktorgradsstipendiat Dagrunn Nåden Dyrstad, som har samlet inn datamateriale fra helsepersonell i sykehus knyttet til innleggelse av eldre. Dette datamaterialet benytter jeg i min studie. Nåden Dyrstad har vært tilgjengelig for veiledning underveis i prosessen.

2.0 Teoretisk rammeverk

I det teoretiske rammeverket for oppgaven vil jeg fokusere på samhandling og kvalitet. Studien omfatter samhandling og samarbeid mellom helsepersonell, og erfaringene helsepersonell har med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre, i kjølvannet av Samhandlingsreformen. Rammeverket belyser også sammenhengen mellom samhandling og kvalitet.

2.1 Tidligere forskning

Man finner lite forskning vedrørende sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre. Her er et kort sammendrag av forskningsartikler jeg har funnet gjennom litteratursøk.

Toles et al (2012) har skrevet en artikkel om overføringer av sykehjemspasienter i helsevesenet. De skriver at overføringer til sykehus er svært vanlig og at om lag halvparten som kommer til legevakten blir innlagt. Innleggelsene forstyrrer sykehjemspasientens hverdagsmønster, noe som igjen utgjør større risiko for uønskede hendelser blant annet i form av fall, sårdannelse og sykehusinfeksjoner. Mange av disse innleggelsene mener forfatterne kunne vært unngått. De legger til at sykehjemmene behøver god legedekning samt erfarne sykepleiere for å ivareta sykehjemspasienten når akutte situasjoner oppstår. Et godt tverrfaglig samarbeid på sykehjemmene anses som avgjørende.

Brand et al (2011) har utført en feltstudie for å utvikle kvalitetsindikatorer til å overvåke resultatene når skrøpelige eldre innlegges på sykehus. Her har 480 australske pasienter over 70 år blitt observert ved innleggelse og utskrivelse. Resultatene viser at instrumentelle målinger av blant annet atferd og funksjonsnivå hos pasientene kan bidra med kunnskap for å bedre kvaliteten ved innleggelsene.

LaMantia et al (2010) har utført en litteraturbasert studie som omhandler overføringer mellom sykehjem og sykehus. Disse overføringene blir assosiert med uønskede hendelser relatert til informasjonsoverføring og behandlingsforløp. Hensikten med litteratursøket var å få en oversikt over ulike intervensjoner som var utført og hvilken effekt disse hadde. Forfatterne konkluderer med at nøyaktig informasjonsoverføring relatert til den eldre pasienten, er nødvendig for å gi god helsehjelp. Det blir også bekreftet at det er behov for mer forskning på området.

Mella et al (2009) har utført en studie med hensikt å lage en strategi for forebygging av uønskede hendelser ved innleggelse av eldre i sykehus. Studien viste at innleggelsene ikke sjelden resulterte i irreversible funksjonelle endringer hos den eldre pasienten, i tillegg til innleggingsårsaken. De eldre med lavest funksjonsnivå før innleggelse hadde større sannsynlighet for bli utsatt for uønskede hendelser. Studiens strategi gikk ut på å designe et program for forebygging av uønskede hendelser. Risikofaktorer ble identifisert, og det ble satt i verk tiltak for å redusere eller minimere faren for uønskede hendelser basert på de på forhånd antatte risikofaktorene. Utfallet av studien viser at det bør eksistere tilsvarende planer for risikoforebygging, inkludert spesifikke omsorgstiltak, for denne sårbare pasientgruppen.

Morris et al (2013) har utført en "mixed methods" studie som omhandler sykehusinnleggelse mot livets slutt. Studien tar for seg sykehusinnleggelser av pasienter over 65 år med langkommet demenssykdom, alvorlig KOLS¹ eller kreftsykdommer i palliativ² fase. Disse pasientene dør innen 72 timer etter sykehusinnleggelse. Studien diskuterer hvorvidt sykehusinnleggelsene burde funnet sted eller om bedre tilgang til gode kommunale helsetjenester kan være svaret på mange upassende sykehusinnleggelser og påkjenningene disse medfører for pasientene. Det blir også diskutert hvorvidt dette også ville vært kostnadsbesparende.

2.2 Kontinuitet

En sykehusinnleggelse innebærer en overføring fra ett omsorgsnivå til et annet. Lindencrona (1987) er opptatt av kontinuiteten i omsorgen, og dette innebærer blant annet samarbeidet og samhandlingen mellom disse omsorgsnivåene. Kontinuiteten har flere aspekter, og Lindencrona (1987) skiller dem på følgende måte: Virksomhetsaspektet, det organisatoriske aspektet, det relasjonelle aspektet og innholdsaspektet. Virksomhetsaspektet innebærer kontinuiteten vedrørende behandling og omsorg, mens det organisatoriske aspektet gjelder i forhold til omsorgsnivå og administrative forhold. Det relasjonelle aspektet innebærer kontinuiteten i relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet. Innholdsaspektet omhandler den ubrutte samhandlingen når det gjelder kontinuitet i omsorg og behandling. Også Gulliford et al (2006) omtaler kontinuitet som svært viktig for kvaliteten i helsehjelpen. De vektlegger

¹ KOLS = Kronisk obstruktiv lungesykdom

² Palliativ = Lindrende

spesielt koordinering av tjenestene og deling av relevant informasjon mellom ulike omsorgsnivå, med den hensikt å oppnå mest mulig helhetlig og pasientsentrert omsorg. Øgar og Hovland (2004) skriver at kontinuitet er tilknyttet helhet og sammenheng i pasientforløpet, og at en forutsetning for god kontinuitet er at pasienten omgis av noenlunde stabilt helsepersonell med kunnskaper om pasientforløpet, samt at det er innarbeidet gode samhandlingstjenlige rutiner.

2.3 Samhandling

Den organisatoriske og kvalitative utformingen av helsevesenet i Norge i dag er dominert av begrepene: Samarbeid, tverrfaglighet, koordinering og samhandling. Helsehjelpen skal være tverrfaglig og koordinert, og med Samhandlingsreformen til grunn ligger det trolig en forventning om at helsehjelpen også skal være mer effektiv. Når det oppstår nødsituasjoner er man avhengig av at ting skjer raskt, riktig og i rett rekkefølge. Det stilles da krav til det tverrprofesjonelle samarbeidet både pre- og perhospitalt³ (Tjora & Melby, 2013).

Vangen & Huxham (2010) bidrar med en enkel tolkning av begrepet samhandling. Man kan se for seg situasjoner hvor det finnes mer enn en aktør, og for å oppnå kontroll og oversikt over den aktuelle situasjonen må aktørene arbeide sammen. Altså må partene samhandle, mot et felles mål. Det krever gjensidig tillit og en felles forståelse av situasjonen. Satt på spissen kan man altså si at samhandling er måten man håndterer problemer som er oppstått på grunn av kompleksitet. Det er med andre ord slik at dess mer kompleks en situasjon er, dess mer samhandling kreves for å håndtere situasjonen. Er man opptatt av samhandling i helse- og omsorgssektoren kan man trekke linjer til det organisasjonsteoretiske perspektivet. Sektoren inneholder et mangfold av ulike organisasjoner og enheter med ulike arbeidsoppgaver. Med dette følger som oftest også ulike organisasjonskulturer, som gir medlemmene identitet og tilhørighet (Bukve & Kvåle, 2014). Et funn i studien utført av Strandos (2014) viser at informantene ansatt i sykehus og i sykehjem ikke føler seg som en del av et større system, og at fokuset ligger på egen virksomhet. De ønsker begge å utarbeide gode rutiner, men har ikke noe ønske om å gjøre dette i samarbeid med den andre parten. Studien utført av Stavang (2008) viser også at det i liten grad skjer kunnskapsutvikling mellom sykepleierne i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

³ Pre- og perhospitalt = Før og underveis i sykehusoppholdet

Scott (2008) beskriver hvordan handling og samhandling i og mellom institusjoner er preget av tre ulike institusjonelle "bærere". Den første bæreren er regulativ, noe som vil si at aktørene handler for måloppnåelse for organisasjonen, og handlingene som utføres er styrt av formelle regler, prosedyrer og lover. Et eksempel på dette er samarbeidsavtalene som gjøres mellom helseforetak og kommune i forbindelse med for eksempel sykehusinnleggelse. De formelle strukturene definerer hvem som skal gjøre hva i en samhandlingssituasjon og hvem som har ansvaret. Her blir det ofte innført sanksjoner for brudd på regelverket, og på denne måten fungerer den regulative bæreren tvingende på organisasjonen. Den andre bæreren i Scotts (2008) teoretiske rammeverk er normativ. Den *normative* bæreren innbefatter et sett av forventninger, verdier og normer som styrer atferden til aktørene. Tankegangen går ut på å gjøre det som oppleves riktig i den enkelte situasjon, og man kan si at man handler ut ifra en pliktlogikk (Strandos, 2014). Denne bæreren kan knyttes opp til organisasjonskulturen og normene og verdiene som gjelder innad i denne. Et eksempel på dette er hvordan et medlem i organisasjonen, eksempelvis en sykepleier, observerer en kollegas handlinger og tilegner seg tankegangen og handlingsmønsteret til vedkommende (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Organisasjonens grunnlag for normer og verdier kan ha like stor påvirkning på handlingene som skriftlige normer og regler. Hvert sykehjem og sykehus vil trolig ha egne måter å gjøre ting på, og på tvers av disse finnes det også ulike ideologier som spiller inn på disse handlingene. Et sykehjem vil for eksempel ofte ha en omsorgsideologi, hvor pleien og omsorgen utøves med fokus på helheten i pasientens situasjon. I et sykehus vil dette fokuset ofte ligge på utredning og behandling, og dermed ha en mer reduksjonistisk⁴ tankegang enn sykehjemmet. På denne måten kan det hende at sykehjemmet vektlegger mer omsorgsrelatert informasjon, enn sykehuset som kanskje fokuserer mer på de medisinske opplysningene (Halvorsen, 2005).

Den tredje og siste institusjonelle bæreren i en institusjon er, ifølge Scott (2008), den kulturelt-kognitive bæreren, som innebærer etablering av felles oppfatninger av virkeligheten. Individene, eller organisasjonsmedlemmene, blir knyttet til fellesskapet gjennom kulturelt betingede fortolkninger. Fortolkningene kan være tvetydige og usikre, og aktørene blir koplet sammen i den grad de deler samme tankegang. Ofte vil personer med samme utdanning og faglige forståelse ha samme grunnlag for tankemønsteret og dermed en felles forståelse av virkeligheten. De mange ulike profesjonene og spesialitetene innenfor helsevesenet kan gi

⁴ Reduksjonisme = *Idéen om at all vitenskapelig forklaring skal kunne reduseres til fysisk-kjemiske forklaringer og begrepsdannelser* (Store Norske Leksikon, 2014)

utfordringer på grunnlag av ulike oppfatninger og fortolkninger av ett og samme område (Strandos, 2014).

2.4 Kvalitet

Da denne oppgaven omhandler kvalitet vil jeg nå ta for meg teori som omhandler dette temaet. The Institute of Medicine (2013) definerer kvalitet i helsehjelpen ved hjelp av seks mål. Hensikten er å forbedre resultatene når helsehjelpen utøves. Fullverdig kvalitet anses som en holdning og en tankegang som skal gjennomsyre hele organisasjonen. Helsehjelpen som gis skal være basert på sterke kliniske bevis og gis på en teknisk og kulturelt korrekt måte ved hjelp av god kommunikasjon og enighet innad i organisasjonen. De seks målene for kvalitet i helsehjelpen er at den er:

1. Trygg – For å forhindre unødig skade og redusere tilfeller av medikamentfeil
2. Virkningsfull – Tilby helsehjelp basert på vitenskapelig kunnskap og kliniske retningslinjer
3. Pasientfokusert - Viser respekt for og involvere den enkelte pasient og tilrettelegge helsehjelpen.
4. Produktiv – Benytte tiden godt og unngå bortkastet bruk av tid og ressurser.
5. Presis – Unngå ventetid og forbedre pasientflyten.
6. Rettferdig – Helsehjelpen som tilbys skal være rettferdig fordelt, og være lik uansett hvem pasienten er og hvor pasienten kommer fra.

Også Verdens Helseorganisasjon benytter disse seks målene i sin definisjon av kvalitet i helsehjelpen. I en rapport kommer det fram at man i mange tilfeller, til tross for et godt utviklet og ressursrikt helsevesen, ofte ser med bekymring på kvaliteten i helsehjelpen. Hovedansvaret ligger, ifølge WHO, hos helsevesenet, men det blir også lagt vekt på at brukerne av tjenestene har et ansvar (WHO, 2006).

Skal man tro Chassin (2013) spiller organisasjonskultur en stor rolle for kvaliteten i helsehjelpen. Han vektlegger betydningen av at den enkelte helsearbeider kjenner til sin rolle i systemet og forstår at de må gjenkjenne og rapportere utrygge tilstander, upassende oppførsel

og feil. På denne måten kan man ta tak i problemene på et tidlig stadium, og kan dermed forebygge blant annet uønskede hendelser, eksempelvis fall, og infeksjoner relatert til mangelfull håndhygiene. Også Orvik (2004) understreker hvor mye organisasjonskulturen har å si for hvordan en virksomhet fungerer. Det innebærer verdier, normer og artefakter⁵, samt grunnleggende antakelser om for eksempel at man arbeider på riktig måte mot målet man har satt seg. Her spiller ledelsen en nøkkelrolle. Man kan eksemplifisere det med en opptreningsavdeling på et sykehjem, hvor ledelsen legger til rette for økt fokus på pasientenes mestring og sørger for personalopplæring på området. På grunnlag av dette vil normene og verdiene i virksomheten på sikt endre seg, og verdifundamentet til sykehjemmet bygges på antakelsen om at rehabilitering med fokus på mestring fører til økt livskvalitet for pasientene, og mer stimulerende arbeidsoppgaver for personalet. Dette påvirker i stor grad organisasjonskulturen i virksomheten.

Det hevdes at kvalitet tidligere ikke har hatt høy nok prioritet hverken lokalt eller nasjonalt, og det ikke er blitt bevilget nok ressurser for å løse problemene. Chassin (2013) skriver at disse problemene gjelder alle land med utviklede helsesystemer. Det hevdes at dersom man kutter ned på overforbruket av helsetjenester vil man forbedre kvaliteten i helsehjelpen og samtidig redusere kostnadene. Helse- og omsorgssektoren er en sektor under press. Arbeidet er preget av nye behandlingsmuligheter som følge av medisinsk og teknologisk utvikling og innovasjon. Forventningene til helsehjelpen som da oppstår i befolkningen blir høyere. Ny reformer og endringer introduseres og gjennomføres for å kunne gi et større og bedre tjenestetilbud med utgangspunkt i bevilgede ressurser, og det oppstår forventningspress, økonomisk press og reformpress. Hva som er tjenestekvalitet i helse- og omsorgssektoren vil variere i tid og sted. Kvalitetsforbedring er et komplekst problem da det er mange ulike forventninger å ta hensyn til. Det handler med andre ord om å forsøke å forene ulike interesser og mål (Bukve & Kvåle, 2014).

2.5 Forholdet mellom kvalitet og samhandling

Johnsen (2007) bruker begrepet verdikjede om samhandlingen mellom to ulike virksomheter. I min studie vil dette si helseforetaket og den aktuelle kommunen. I verdikjeden vil virksomhetenes innsats påvirke hverandre gjensidig. Eksempelvis vil ferdigbehandlede

⁵ Artefakt = Synlige uttrykk for kultur som ikke alltid er like lette å tolke

pasienter som venter på et tjenestetilbud i en kommune gå på bekostning av effektiviteten og produktiviteten i sykehuset. Dette er to (virkningsfull og produktiv) av de seks målene IOM (2013) benytter for å vurdere kvaliteten i helsehjelpen. På samme måte vil mangelfull informasjonsoverføring ved utskrivelse til kommunale hjelpetiltak påvirke effektiviteten i den aktuelle kommunen (Johnsen, 1995). Her kan man se koblingen mellom samhandlingen mellom virksomhetene og kvaliteten i helsehjelpen. Skevik (2011) har utført en studie hvor han sammenlikner kvalitetsarbeidet i et sykehus og et kommunalt sykehjem, for å finne betydningen av samhandling for dette arbeidet. Funnene viser at begge parter hadde store ambisjoner om at samhandling skulle skape bedre kvalitet. Det viste seg imidlertid at sykehuset i studien hadde utarbeidet mer konkrete styringsdokumenter, og dermed hadde et bedre utgangspunkt for å oppnå god samhandling og kvalitet. Sykehjemmet hadde på sin side ingen slike føringer eller dokumenter. Skevik (2011) konkluderer dermed med at sykehuset, på grunn av styringsdokumentene og tiltakslistene, viser en mer tydelig retning for samhandlingen og har et økt fokus på kvalitet enn sykehjemmet. Etter innføring av Samhandlingsreformen har man grunn til å tro at dette har endret seg noe, da det i forbindelse med denne også er blitt innført pålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som legger føringer for samhandlingen.

Samhandling mellom fagspesialiteter og tjenestenivå er ansett som en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten. Her spiller ulike faktorer inn, blant annet informasjonsoverføring, kompetanse og ansvars- og oppgavefordeling. Disse faktorene skal alle tjene pasientens beste, i tillegg til at de skal være i tråd med helsepolitiske mål og krav (Øgar & Hovland, 2004). Samhandling er ikke den eneste faktoren som spiller inn på kvaliteten på helse og omsorg. Hvilke ressurser, kompetanse og teknologiske virkemidler man har til rådighet er andre viktige faktorer. Likevel er det mangelfull samhandling som iblant kan være den største utfordringen innenfor kvalitetsforbedringsarbeid (Bukve & Kvåle, 2014).

2.6 Ressurser

Haug, Kaarbøe & Olsen (2009) beskriver et stadig økende antall sykehusinnleggelses fra sykehjem, og at sykehjemspasienter i mange tilfeller blir innlagt på sykehus når de blir dårlige. De mener at man i mange tilfeller heller kunne tilrettelagt for en forsvarlig behandling på sykehjemmet, som er bedre tilpasset pasientens tilstand og muligheter for bedring. De

mener at noe av årsaksgrunnlaget ligger i for dårlig legedekning i sykehjemmene. Forslagene de kommer med, med tanke på forbedring av situasjonen, er etter- og videreutdanninger for helsepersonell i sykehjem og bedre avlønning av disse, med andre ord: Kompetanseheving. Utgiftene dette vil gi er ifølge dem små sammenliknet med de store kostnadene forbundet med de mange unødvendige sykehusinnleggelsene fra sykehjem. Chassin (2013) refererer også til et overforbruk av helsetjenester. Dette overforbruket mener han går på bekostning av kvaliteten i helsehjelpen, samtidig som man kaster bort verdifulle ressurser i helsevesenet.

En helseorganisasjon er en kompleks virksomhet, hvor hovedoppgaven er å gi behandling og omsorg til syke mennesker. Helseorganisasjonen forplikter også å skape et godt arbeidsmiljø for sine ansatte ved å verne om dem og legge til rette for kunnskapsutvikling. Dette kan komme i konflikt med de økonomiske hensynene og effektivitetskravene som også spiller en betydelig rolle i virksomheten. Det kan derfor, i en del tilfeller, føre til at den tidkrevende og helhetlige pasientomsorgen blir et urealistisk mål. Rammene rundt pleien og omsorgen som gis, omfatter både helseorganisasjonen og organiseringen av arbeidet med pasientene. Disse rammene har også direkte betydning for yrkesutøvernes arbeidsbetingelser og for omsorgen til pasientene. Orvik (2004) refererer til en rapport fra SINTEF som basert på ulike undersøkelser kommer fram til at manglende tid og ressurser i arbeidshverdagen, kan gjøre forventningen om å utøve helhetlig pasientomsorg uoppnåelig i en hektisk hverdag (Vareide, Hofseth, Norvoll & Røhme, 2001).

Helseforetak og kommune har begge skjerpede krav til kostnadseffektivitet og dette gir dem krav til stram økonomisk styring. Satt litt på spissen kan man si at virksomheten er et produksjonsanlegg hvor pasientene blir kundene. Faren her er, ifølge Orvik (2004), at helsepersonellet går med på administrasjonens premisser, og at virksomhetens bekymringer blir flyttet fra pasient til økonomi. Grund (1995) viser til at en sykehusorganisasjon er en smeltedigel for motstridende interesser og hensyn. Tar man for eksempel en pasients synsvinkel så vil sykehusets faglige kvalitet, service og kontinuitet vektlegges mest, mens helsepersonalet ansatt i sykehuset trolig vil vektlegge arbeidstilfredsheten og bedriftskulturen. Toppledelsen vil på sin side være opptatt av å nå politiske mål og holde seg innenfor økonomiske rammer. Iblant kan slike forventninger komme i konflikt med hverandre.

2.7 Informasjonsoverføring

Strandos (2014) beskriver viktigheten av informasjonsflyten som skjer når en sykehjemsbeboer legges inn på sykehuset. For at informasjonsflyten skal være god kreves det samhandling innad og på tvers av tjenestenivå. Studien som er utført i den forbindelse viser at det i mange tilfeller skjer mangelfull informasjonsutveksling ved disse sykehusinnleggelsene. Spesielt blir informasjon vedrørende pasientens funksjonsnivå ofte glemt. Grunnet komplekse helsetilstander og nedsatt funksjonsnivå er sykehjemspasientene ekstra avhengige av at helsetjenestene er godt organisert og fungerer slik at det sikrer nødvendig informasjonsoverføring og kommunikasjon mellom tjenestenivåene. Et sykehjem er en institusjon som skal tilby heldøgns omsorg og pleie, og med grunnlag i dette vil helsepersonell normalt sett ha god kjennskap til sykehjemspasientene og deres individuelle behov. Til tross for denne kunnskapen viser studier at informasjonsutvekslingen ved slike overføringer ofte er mangelfulle, og at dette gir en ekstra belastning for den eldre pasienten (Næss, 2008; Stavang, 2008). Offentlige dokumenter og tidligere forskning har hatt stort fokus på samhandling og informasjonsoverføring vedrørende utskrivelse fra sykehus, men det samme fokuset gjelder ikke sykehusinnleggelse. Informantene i studien til Strandos (2014) forteller at det er flere årsaker til at informasjonsutvekslingen blir mangelfull, deriblant tidspress, manglende rutiner, lite funksjonelle IT-løsninger og den enkeltes individuelle vurdering av hva som er nødvendig innhold i informasjonsoverføringen.

Ved sykehusinnleggelse blir bestemt informasjon overført gjentatte ganger. Ansvar overføres fra en sykepleier til en annen sykepleier, og informasjonen går fra ett tjenestenivå til et annet. Faren er stor for at informasjon går tapt underveis, noe som kan føre til konsekvenser i form av forsinket behandling, skade eller i verste fall død. Spesielt sårbare eldre pasienter med flere kroniske sykdommer trenger god oppfølging (LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead, & Hanson, 2010). Informasjonssvikt knyttet til medisinlister, medisinsk informasjon og pleieopplysninger kan gi feilbehandling, og føre til en forverring av helsetilstanden hos sårbare eldre (Laugaland et al, 2011; Piraino et al, 2012).

3.0 Kontekst rundt sykehusinnleggelse

3.1 Lover og retningslinjer

Man har i Norge et funksjonelt differensiert helsevesen. Det vil si at helsevesenet er oppdelt i ulike medisinske helsetjenester og spesialiteter, og helsesektoren dekker et stort antall tjenesteytende organisasjoner og mange ulike yrkesgrupper. Den overordnede styringen av norsk helsevesen er fordelt på to organisatoriske nivåer, altså kommunene og de fire regionale helseforetakene, henholdsvis Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord (Tjora & Melby, 2013).

Det er, i forbindelse med samhandlingsreformen (gradvis innført siden 01.01.2012), utarbeidet retningslinjer for innleggelse i sykehus, og disse retningslinjene finner man i Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, nr. 3. Hovedprinsippet for utføringen av helsehjelpen er LEON-prinsippet⁶. I praksis vil dette si at pasienten ikke skal henvises til spesialisthelsetjenesten med mindre allmennlegetjenesten ikke kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til pasienten. Dersom man har behov for helsehjelp av spesialisthelsetjenesten skal man, så fort det lar seg gjøre, tilbakeføres til primærhelsetjenesten, altså kommunene. Det er beskrevet i retningslinjene at de aller fleste pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten via fastlege eller legevaktslege, og at allmennlegetjenesten skal ansvarliggjøres når retningslinjer utformes, gjennomføres og evalueres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

14.06.2011 vedtok Stortinget ny lov om helse- og omsorgstjenester. Denne loven forplikter kommunene og helseforetakene å inngå samarbeidsavtaler, og stiller visse krav til innholdet i disse avtalene. Samarbeidsavtalene skal omhandle alle fagområder, inkludert somatikk⁷, psykisk helse og rus. Hensikten med avtalene er blant annet å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner mellom de ulike nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Innen 31.12.2012 skulle disse avtalene være inngått, og inneholde ulike føringer, deriblant retningslinjer for utskrivningsklare pasienter og for innleggelse i sykehus. Målet er et bedre samarbeid mellom alle ledd i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Andre

⁶ LEON = Laveste effektive omsorgsnivå

⁷ Somatikk = Kroppslige (fysiske) lidelser

lover som er vedtatt i forbindelse med samhandlingsreformen er ny lov om folkehelse og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Alle samarbeidsavtalene som er inngått mellom kommunene og helseforetaket er laget på grunnlag av en overordnet samarbeidsavtale, og blir dermed kalt delavtaler. Delavtalen som er relevant for denne studien kalles "Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved henvisning og innleggelse av pasienter". Jeg har kun tatt for meg delen som omhandler øyeblikkelig hjelp-innleggelser, da det er dette studien omhandler.

Formålet med delavtalen er å sikre gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste, samt å medvirke til en bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren i henhold til LEON-prinsippet. Denne delavtalen gjelder i utgangspunktet kun somatikk.

3.2 Kommunens ansvar ved sykehusinnleggelse:

- Innleggende lege skal, på grunnlag av medisinske opplysninger og allment aksepterte faglige normer, foreta en grundig vurdering av pasientens behandlingsbehov. Bare i unntakstilfeller kan beslutningen om innleggelse tas uten legens vurdering. Legen skal også vurdere andre alternativer enn sykehusinnleggelse. Legen skal også ha anledning til å konferere med kompetent/ vakthavende lege i helseforetaket før beslutningen tas. Vedkommende har også, i de fleste tilfeller, ansvar for å melde pasienten i akuttmottak, samt vurdere egnet transportmåte for den enkelte pasient.
- Innleggende lege sender en henvisning til helseforetaket med opplysninger om aktuell problemstilling, nødvendige kliniske opplysninger (gjennomførte undersøkelser og behandlingstiltak), sykehistorie, oppdatert medisinske liste, CAVE-opplysninger⁸, pårørendeopplysninger, pasientens fastlege og pasientens eksisterende kommunale hjelpetilbud. Henvisningen skal følge pasienten i papirform.
- Dersom pasienten allerede mottar kommunale tjenester, eksempelvis hjemmesykepleie eller bor på sykehjem, skal relevante opplysninger av betydning for pleie og omsorg så langt det er mulig følge pasienten. Dette gjelder også sykepleieopplysninger.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til å bistå pasienten med å informere pårørende, og innleggende lege plikter til å informere pasientens fastlege, og eventuelt den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

⁸ CAVE= Allergi

3.3 Helseforetakets ansvar ved sykehusinnleggelse

- Vaktstående/ kompetent lege i helseforetaket skal tilby innleggende lege hjelp til vurdering av pasientens behandlingsbehov, og tilby halvøyeblikkelige polikliniske vurderinger dersom lege i kommunen ønsker dette. Videre skal vedkommende, dersom det er avtalt med innleggende lege, melde pasienten til mottakende enhet.
- Dersom det er behov for dette, skal det innhentes supplerende opplysninger om pasienten fra pasienten selv, pasientens kommunale hjelpetiltak, pårørende, fastlege eller andre. Mottakende lege skal også tilby tilstrekkelig informasjon til pasient og pårørende, og vurdere, i tråd med gjeldende lovverk, nødvendigheten av pårørendes tilstedeværelse som ledsager.
- Helseforetaket er forpliktet til å velge det faglig forsvarlige behandlingstilbudet som er mest kostnadseffektivt for kommunen. Mottak og vurdering av pasienten skal skje raskt, og dersom det er faglig forsvarlig kan pasienten returneres til det eventuelle kommunale hjelpetiltaket innen fire timer.
- Helseforetaket forplikter også å gi konkrete tilbakemeldinger til kommunen og innleggende lege i tilfelle det er skjedd en feilaktig innleggelse, slik at forløpet kan gjennomgås.
- Helseforetaket forpliktes også til å etablere et fagforum mellom fastleger og sykehusleger for diskusjon rundt kvalitet, bruken av kommunale tjenester i stedet for henvisning til helseforetaket og liknende.

3.4 Elektronisk meldingsutveksling

Når godkjent elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom helseforetaket og kommunen er innført, skal denne benyttes. Tjenestene tilbys via Norsk Helsenett. Det er utviklet egne maler for denne meldingsutvekslingen, og disse skal benyttes hvis ikke annet er avtalt. De stedene hvor elektronisk meldingsutveksling ikke er etablert skal det benyttes faks. Da skal pasienten aidentifiseres, og dokumentene skal kun merkes med initialer og fødselsår. Mottaker skal informeres på forhånd om bruk av faks. Alt som sendes og mottas av meldinger skal dokumenteres av begge parter.

4.0 Metodologi

Jeg vil i dette kapittelet av besvarelsen gi en utgreiing av hvilket forskningsdesign og hvilken forskningsmetode jeg har valgt for å få svar på min problemstilling. Jeg vil også gjøre rede for analysemetoden som ble benyttet for å komme frem til studiens funn. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for studiens gyldighet og pålitelighet, samt andre forskningsetiske overveielser.

Litteratursøk

Jeg har i denne prosessen søkt litteratur innen kvalitet ved innleggelse av eldre skrøpelige pasienter. Jeg har benyttet fagdatabasene Cinahl, PubMed, Academic Search Premier og AMED og begrenset søket til fagfelleverderte artikler med et tidsspenn på de siste 10 årene. Benyttede engelske søkeord har blant annet vært «frail elderly», “frailty”, «hospital admission», «hospitalization», «adverse events», «coordination reform», «health care quality», “quality”, “transitions” «transitional care» og «nursing homes». Benyttede norske søkeord har vært «skrøpelig», «sykehusinnleggelse», «kvalitet».

Jeg har gjennom søket funnet lite forskning angående sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre, men desto mer forskning som omhandler utskrivelse fra sykehuset. Dette kan tyde på at denne delen av sykehusforløpet er lite belyst og at det behøves mer forskning på området.

4.1 Valg av forskningsdesign

En studies forskningsdesign er forskerens overordnede plan for gjennomføring av studien, for å få svar på den gitte problemstillingen. For at jeg skal få innblikk i hvilke opplevelser og erfaringer helsepersonell har knyttet til sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre, er det mest hensiktsmessig å gjennomføre en kvalitativ beskrivende studie for å belyse problemstillingen (Malterud, 2012). Jeg vil begrunne dette med at jeg ved å velge en kvalitativ, og i dette tilfellet, en intervjubasert forskningsmetode, vil fange opp helsepersonellens subjektive opplevelser vedrørende fenomenet sykehusinnleggelse, i en mer utfyllende form enn om jeg benyttet en kvantitativ metode i form av for eksempel en spørreskjemaundersøkelse. Informantene i min studie får dermed anledning til å utdype sine tanker rundt erfaringene de

har gjort seg, og jeg oppnår da en dybde i datamaterialet, som jeg ellers ikke ville fått. Jeg får et innblikk i nyansene i informantenes erfaringer og konteksten rundt, noe jeg anser som verdifullt og svært nyttig. Pasientgruppen studien omhandler har i mange tilfeller svært komplekse helsetilstander og problemstillinger noe som kan gjøre dem ekstra sårbare i forhold til ytre påvirkninger. Dette gjør at det er mange faktorer man må ta hensyn til, spesielt med tanke på overføringer mellom helseinstitusjoner. For å få et rikholdig og beskrivende bilde av innleggelsessituasjonen og kompleksiteten i denne, ser jeg behovet for utdypende beskrivelser fra helsepersonell som har erfaring med fenomenet, og derfor mener jeg at en kvalitativ intervjubasert tilnærming er passende for min studie.

Designet jeg har valgt er en eksplorativ casestudie av ett sykehus og tre innleggende sykehjem i samme kommune. En eksplorativ studie kan ha som målsetning å kartlegge interessante problemstillinger som man kan se på i framtiden. Andre betegnelser for dette kan være *problemidentifiserende* eller *sonderende* undersøkelser. Slike studier kan bidra til at man ser virkeligheten med nye øyne idet man kartlegger fenomenet eller fenomenene man på forhånd har liten eller ingen kunnskap om. Dette kan bli grunnlaget for utvikling av nye perspektiver eller teorier rundt det man forsker på. Eksplorative studier kan gjerne inngå i forarbeidet til kvantitative undersøkelser (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Jeg velger som nevnt også å ha et beskrivende (deskriptivt) design for å kunne få frem sammenhenger mellom faktorene som påvirker sykehusinnleggelse av eldre, hvilket er fenomenet jeg forsker på.

Jeg har valgt å gjennomføre en flercase-studie (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Mitt hoved-case i denne studien er sykehusinnleggelse av eldre, og dette belyses gjennom intervjuer med helsepersonell ansatt i sykehus og i sykehjem. Innenfor flercase-studier kan man ha flere del-case til å kontrollere hoved-casen. Under-casene mine er her sykehuset og de tre ulike sykehjemmene som er med i studien. Kunnskapsutviklingen innenfor et casestudiedesign bygger på én eller flere enkeltstående historier, og disse historiene finner jeg gjennom intervjuer som forskningsmetode (Malterud, 2011).

4.2 Fenomenologi

Min studie har en fenomenologisk tilnærming. Innen fenomenologien er forskeren er på jakt etter meningen bak menneskers handlinger eller ytringer. Her er konteksten viktig for

meningsinnholdet. Målet med en fenomenologisk tilnærming er å oppnå økt innsikt og forståelse. Innen fenomenologien spiller forskerens forforståelse en betydelig rolle. Vedkommende baserer studien på tidligere erfaringer og kunnskaper om fenomenet som studeres. For at forskeren skal kunne forstå andre mennesker er det viktig at forskeren forstår sitt eget fortolkningsmønster (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I min studie er fenomenet jeg studerer sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre, og jeg gjør dette ved å lete etter faktorer som helsepersonell erfarer at har påvirkning på nettopp dette. Med bakgrunn som sykepleier har jeg en forforståelse som baserer seg på arbeidserfaring både fra sykehus og sykehjem, og denne erfaringskunnskapen og innsikten tar jeg med meg inn i forskerrollen. Jeg vil på grunnlag av dette identifisere meg med mine informanter, men likevel holde avstand, da jeg er der i egenskap av å være forsker og ikke kollega. Mine førkunnskaper om feltet vil være nyttige da jeg skal fortolke informantenes utsagn, og følge opp med passende tilleggsspørsmål om noe framstår som uklart, eller om det er noe jeg vil at informantene skal fortelle mer om. Jeg må, slik Malterud (2011) beskriver, sette på meg «forståelsesbrillene» for å fange opp opplevelsene informantene har med situasjonen rundt sykehusinnleggelser og konteksten rundt, samtidig som jeg setter min forforståelse «i parantes». Jeg må likevel huske på at ingen opplevelser er fortolkningsfrie, og at det er nettopp informantenes fortolkninger jeg som forsker er på jakt etter (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

4.3 Begrunnelse for valg av forskningsmetode

Jeg har valgt kvalitative individuelle halvstrukturerte intervju som metode. Hovedårsaken til dette er at jeg da gir informantene frihet til å uttrykke seg. Denne intervjumetoden gjør at man i større grad fanger opp menneskers oppfatninger og erfaringer, og man har et bedre utgangspunkt for å fange opp nyansene og kompleksiteten ved sosiale fenomener (Malterud, 2011). Jeg valgte å gjennomføre halvstrukturerte intervjuer for å skape mer flyt i samtalen, samt for å åpne opp for tema som ikke nødvendigvis kommer opp om man følger spørsmålene i intervjuguiden kronologisk. En annen grunn til mitt valg av metode er at deler av mitt datamateriale er sekundærdata samlet inn av annen forsker i prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre pasienter». Jeg har i min studie benyttet deler av dette datamaterialet og har analysert 12 halvstrukturerte intervjuer fra ett sykehus (del 1). Jeg har i etterkant samlet data fra intervjuer med helsepersonell ansatt i tre ulike kommunale sykehjem (del 2). Jeg anser det som hensiktsmessig å benytte samme forskningsmetode på hele utvalget.

Malterud (2011) skriver at kvalitative metoder har til hensikt å forstå og beskrive, ikke predikere eller forklare, i motsetning til innen kvantitative metoder hvor man er opptatt av å telle opp og kartlegge utbredelsen av fenomener. Metodene fungerer ofte godt for utforsking av dynamiske prosesser, som for eksempel samhandling. Slik jeg ser det er innleggelsessituasjonen en dynamisk prosess, og det er et fenomen som jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om. Ved hjelp av intervjuene med helsepersonalet, både i sykehus og sykehjem, får jeg muligheten til å utforske dette fenomenet, og beskrive helsepersonalets opplevelser og erfaringer med dette. Når man benytter kvalitative metoder er hensikten ofte å komme nært innpå personer i den målgruppen man ønsker å forske på, i mitt tilfelle altså helsepersonell. Man ønsker ikke bare å finne ut hva informanten gjør eller forteller, men også hvorfor (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Denne informasjonen får jeg, etter min mening, tilgang til ved å gjennomføre halvstrukturerte individuelle intervjuer og analysere disse.

4.4 Utvalg

Utvalget i studien bestod av helsepersonell tilknyttet sykehusinnleggelse fra sykehjem. Totalt bestod mitt utvalg av 20 helsepersonell, fordelt på innleggende og mottakende enheter. 12 av intervjuene er gjort med ansatte i ett bestemt sykehus, og de resterende åtte intervjuene er utført med sykehjemsansatte på tre forskjellige sykehjem i samme kommune som sykehuset. Inklusjonskriteriet utover dette er at alle mine informanter jobber med, og har erfaring med, innleggelse av skrøpelige eldre pasienter, i tillegg til at de frivillig deltar i studien. Det finnes ingen øvre eller nedre grense når det gjelder antall intervjuer i en kvalitativ studie, og det vil ofte være et spørsmål om hvor mange intervjuer det er praktisk mulig å gjennomføre. Typisk for studentprosjekter, med begrenset tidsrom og økonomiske ressurser, vil det ofte være hensiktsmessig å begrense seg til 10 eller færre intervjuer (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I min studie ønsket jeg å se en bredde ved å intervju ulike yrkesgrupper på ulike sykehjem, henholdsvis helsepersonell med tre forskjellige roller i hvert enkelt sykehjem; én sykepleier, én avdelingssykepleier og én sykehjemslege. Ulike yrkesgrupper er også representert i den delen av utvalget som er ansatt i sykehus. Dette vises i tabell X.

For å få en tilnærmet jevn fordeling mellom sykehus- og sykehjemsansatte satte jeg et mål om ni informanter (sammenlignet med 12 fra sykehus), hvorav én trakk seg før intervjuet. Det ble altså gjort et strategisk utvalg av informanter basert på at jeg på forhånd hadde sett meg ut en målgruppe som måtte til for å kunne samle nødvendig data for å få svar på min problemstilling (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

Kontaktinformasjon til de aktuelle sykehjemmene mottok jeg fra det overordnede forskningsprosjektet som jeg er del av. Disse sykehjemmene hadde allerede tilknytning til prosjektet i forbindelse med datasamling og/ eller intervensjon. På grunn av at jeg som forsker ikke skulle påvirke utvalg av informanter, valgte jeg i første omgang å kontakte virksomhetslederne på de respektive sykehjemmene. Jeg utformet et informasjonsskriv med nødvendig informasjon, slik at mine informanter skulle få et innblikk i innholdet i studien, samt hva det innebar å delta i denne. Tre av fire sykehjem takket ja til å delta i studien etter at virksomhetslederne hadde mottatt og lest mitt informasjonsskriv vedrørende den planlagte studien. Hvert sykehjem valgte ut én sykehjemsavdeling, og utvalget mitt representerer to langtidsavdelinger og én korttidsavdeling.

Sykehjemspersonalet

Utvelgelsen av informanter innad i sykehjemmene ble fra virksomhetsleder delegert videre til oversykepleiere og avdelingsledere som igjen utpekte aktuelle kandidater. Kandidatene ble spurt, takket ja, og mottok informasjonsskrivet gjennom sine ledere. Dermed hadde jeg ingen påvirkningskraft på denne prosessen. Jeg tok så kontakt med hver enkelt informant og avtalte tidspunkt for intervjuet. Jeg laget også et skjema for informert samtykke hvor informantene på intervjudagen krysset av for ønske om deltakelse og signerte med navn og dato. Samtlige informanter var gjort kjent med at deres deltakelse skulle være frivillig, samt muligheten for å trekke seg fra studien om det skulle være ønskelig. Ingen av de åtte som møtte til intervju valgte imidlertid å gjøre dette.

Sykehuspersonalet

Forskningsprosjektet "Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter" rekrutterte informanter i akuttmottak ved at en forsker henvendte seg til øverste leder i avdelingen, som tok kontakt og forespurte aktuelle sykepleiere om intervjudeltakelsen. Videre

ble det tatt kontakt med øverste leder for legene og lederen stod for utvelgelsen her. Samme metode ble benyttet for å rekruttere ambulansesarbeiderne. Forskeren hadde ingen påvirkningskraft på utvelgelsen av informanter. Forskeren mottok navn på intervjuobjektene og kontaktet så disse for å avtale tidspunkt for intervju. Informasjonsskriv ble delt ut på forhånd. Samtlige mottok og undertegnet skjema for informert samtykke.

Det ble på forhånd ikke satt krav til alder, kjønn eller yrkeserfaring når det gjaldt informantene utover et generelt ønske om spredning. I det endelige utvalget viste det seg at syv av åtte av informantene var kvinner. Årsaken til dette er sannsynligvis at de fleste som ble spurt om å delta var kvinner, samt at kvinner i større grad er representert i helsevesenet enn menn. Aldersspennet var mellom 30 og 50 år, med en hovedtyngde i midten/ slutten av førtiårene. To av informantene hadde minoritetsbakgrunn og de resterende seks var norske. Samtlige informanter hadde arbeidet på sin avdeling over en lengre periode. Blant sykehuspersonalet var det svært spredt alder, hvor eldste informant var 57 år gammel og den yngste var 27 år gammel. I denne delen av utvalget er kun i underkant av en fjerdedel menn, og resten er kvinner. Yrkeserfaringen sprer seg fra 0-35 år. Mer nøyaktige opplysninger om kjønn, alder og yrkeserfaring blant de totalt 19 informantene vises i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over informantenes yrke, kjønn, alder og yrkeserfaring

Yrkesgruppe	Antall	Kjønn	Alder	Arbeids- erfaring i avd. (År)
Sykepleiere i akuttmottak	5	Kvinner: 5 Menn: 0	27-57	1,5-13
Ambulansesarbeidere	3	Kvinner: 1 Menn: 2	23-55	5-35
Turnusleger i akuttmottak	2	Kvinner: 2 Menn: 0	28-29	0
Assistentleger i akuttmottak	2	Kvinner: 1 Menn: 1	31-37	3-9
Sykepleiere på sykehjemsavdeling	3	Kvinner: 3 Menn: 0	46-48	2-17
Avd.sykepleiere på sykehjemsavdeling	3	Kvinner: 3 Menn: 0	40-48	4,5-13
Sykehjemsleger	2	Kvinner: 1 Menn: 1	30-40	6

Antall informanter: 20. Gjennomsnittsalder: 41,3 år.

Jeg opplever i etterkant at utvalget i sin helhet gir et godt bilde av innleggelsessituasjonen, både på tvers av sykehus og sykehjem, men også på tvers av ulike yrkesgrupper som er representert. At jeg har informanter fra tre ulike sykehjem opplever jeg som en styrke for studien med tanke på å skape variasjon og å få et mer helhetlig bilde.

4.5 Intervjuguide

Intervjuguiden for sykehusansatte var utviklet i prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføring av eldre pasienter» (Aase et al 2013). Her var det totalt tre intervjuguider beregnet på tre forskjellige grupper helsepersonell, henholdsvis sykepleiere, leger og ambulansesarbeidere. Intervjuguidene hadde seks hovedtema, og spørsmålene var tilpasset den enkelte yrkesgruppen. Temaene i intervjuguidene for sykehuspersonalet var: «Pasientinnleggelse», «Samhandling mellom sykehus og kommune», «Innleggelse og pasientsikkerhet», «Dokumentasjon og informasjonsoverføring», «Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering» og «Tverrprofesjonelt samarbeid». Intervjuguidene hadde også innledende spørsmål angående personalia, og et avsluttende spørsmål hvor informantene kunne legge til informasjon de mente var viktig, og andre relevante tema som ikke var belyst i forhold til sykehusinnleggelsene. Basert på disse intervjuguidene, og analysen av de 12 intervjuene fra sykehuspersonalet, har jeg utarbeidet tre intervjuguider som ble benyttet i datainnsamlingen for sykehjemspersonalet. Jeg fokuserte da primært på fire tema, for å begrense omfanget av datamaterialet. Temaene jeg da valgte å fokusere på var: «Dokumentasjon og informasjonsoverføring», «Samhandling mellom sykehus og kommune», «Pasientsikkerhet» og «Tverrprofesjonelt samarbeid». (vedlegg 1)

4.6 Gjennomføring av intervjuer

Sykehuspersonalet

Forskeren i prosjektet "Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter" benyttet strukturerte intervjuguider ved samtlige intervjuer, men gjennomførte intervjuene på en halvstrukturert måte. Dette gav informantene muligheten til å fortelle fritt der de ønsket dette. Intervjuene ble gjort på informantenes arbeidssted og ble utført enkeltvis. Varigheten på intervjuene varierer fra 15-58 min, men flertallet varte mellom 40 og 50 min. Forsker benyttet

diktafon under alle intervjuene. Lydfilene ble så transkribert av en ekstern transkripsjonstjeneste.

Sykehjemspersonalet

Jeg valgte å bruke halvstrukturerte individuelle intervjuer fordi jeg da fikk truffet informantene ansikt til ansikt. Samtalene blir da, slik Malterud (2012) beskriver, delvis regissert med hensyn til en intervjuguide, men er åpen for avsporinger. Det kan da komme opp tema som kanskje ikke ville kommet opp ellers. Med grunnlag i intervjuguidene og analysen av de allerede utførte intervjuene med sykehuspersonell visste jeg hvilke temaer som skulle inngå i intervjuene med de sykehjemsansatte (Kvale & Brinkmann, 2012). I forkant av gjennomføringen av intervjuene valgte jeg å gjennomføre et pilotintervju med en bekjent innenfor helsevesenet. Jeg fikk dermed gjennomgått intervjuguidene og revidert disse, i tillegg til at det gav meg en viss pekepinn på forventet varighet i de kommende intervjuene. Jeg noterte meg også underveis noen støttespørsmål, i tilfelle dette skulle være nødvendig ved senere anledning. Informanten i pilotintervjuet kom også med konstruktive tilbakemeldinger til intervjuguidene. Jeg anser pilotintervjuet som svært nyttig.

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene på sykehjemmene for å gjøre det enklest mulig for informantene som allerede var på jobb. Etter at man hadde funnet et lukket rom i rolige omgivelser, forsikret jeg meg om at informantene hadde lest og forstått informasjonskrivet. Samtykkeskjemaet ble så undertegnet. Jeg benyttet digital opptaker under intervjuene, samt at jeg førte notater med mulige oppfølgingsspørsmål underveis. Dermed kunne jeg fokusere på det som ble sagt, og intervjuet ble automatisk tryggere og mer samtalepreget. Ingen av informantene hadde tilsynelatende problemer med lydopptaket. Intervjuene hadde en varighet på 20-64 min, hvorav de fleste intervjuene varte en drøy halvtime. Jeg avsluttet samtlige intervjuer med et åpent spørsmål hvor informantene fikk mulighet til å fortelle om andre ting de opplevde som relevante med tanke på tematikken vi hadde gjennomgått. De færreste hadde noe å tilføye her, men informantene tenkte seg nøye om. Flere av informantene uttrykket etter intervjuet at det hadde vært kjekt å delta, og at det satte i gang en tankeprosess hos dem.

Etter at intervjuene var gjennomført ble lydfilene fra diktafonen overført til min datamaskin for transkribering. Jeg opprettet et dokument per informant kun merket med yrkestittel, deltakernummer og dato for gjennomføring av intervju. Så ble samtlige intervjuer transkribert

ordrett inn i tekstdokumentene. Dette er en standardisert transkripsjonsmetode (Malterud, 2011). Jeg valgte å transkribere samtlige intervjuer fra dialekt til bokmål slik at informantene ikke skulle kunne gjenkjennes, samt for å spare arbeid når jeg senere i analyseprosessen og i resultatdelen skulle presentere meningsbærende enheter på bokmål. Da jeg som nevnt har informanter med ulike nasjonaliteter i mitt utvalg har jeg underveis bearbeidet teksten noe, for at ikke informanten skal gjenkjennes for sitt ordforråd eller sin ordlegging. Det samme gjaldt den hyppige bruken av muntlige fyllord som gikk igjen flere ganger i en setning, eksempelvis «liksom». Disse endringene er likevel minimale og er gjort så fortolkningsfritt som overhodet mulig. Dette er i tråd med det som i engelsk litteratur gjerne kalles «slightly modified verbatim mode». utfordringen her blir å likevel ivareta og beholde meningsinnholdet på best mulig måte (Malterud, 2011).

Jeg satt til slutt igjen med 90 sider transkribert materiale som jeg printet ut i papirform. Tenkeord som «hmm» og «eh» var da fjernet for å gjøre teksten mer sammenhengende. Det er uten tvil en stor fordel at jeg som forsker selv transkriberer intervjuene til tross for at dette er tidkrevende. Da jeg selv var deltaker i samtalene husker jeg momenter som kan virke oppklarende for meningsinnholdet, eksempelvis non-verbal kommunikasjon. Dette styrker også validiteten i analysematerialet (Malterud, 2011). Det transkriberte datamaterialet leveres til prosjektleder når studien er fullført.

4.7 Analyse

Min analysemetode er basert på Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering, som igjen er inspirert av Giorgi (1985). Formålet med analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og opplevelser innenfor et bestemt felt, i mitt tilfelle helsevesenet. Man ønsker å finne essensen i det informantene forteller og studere fenomenene som kommer fram i intervjusituasjonen (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Den valgte analysemetoden er fenomenologisk, noe jeg mener passer godt inn i min studie da jeg er på jakt etter aktuelle fenomener som gjør seg gjeldende i forbindelse med innleggelsessituasjonen. Fortolkningen som skjer underveis i intervjuene får ikke så sentral plass som i andre analysemetoder, eksempelvis i Kvaales sekstrinns analysemetode. Da over halvparten av intervjuene i min studie er gjennomført av en annen forsker ser jeg det som uhensiktsmessig å bruke en analysemetode hvor tolkningen underveis i intervjuet får for stor plass. Likevel leser forskeren datamaterialet fortolkende, med mål om å forstå den dypere meningen i informantenes tanker

og utsagn. Man vil altså analysere meningsinnholdet i uttalelsene (Kvale & Brinkmann, 2012; Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). I følge Malterud bygger all forskning i bunn og grunn på fortolkning av virkeligheten slik den representeres.

Malterud benytter fire trinn i analyseprosessen:

1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold
2. Koder, kategorier og begreper
3. Kondensering
4. Sammenfatning

(Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010, s. 173)

I det første trinnet danner man seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. Dette gjorde jeg ved å foreta tre grundige gjennomlesninger av det transkriberte datamaterialet, som bestod av omlag 180 sider. I trinn 2 identifiserer man meningsbærende enheter, for så i tredje trinn å abstrahere (identifisere og kode) de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). Dette gjorde jeg ved å lage et nytt tekstdokument hvor jeg sorterte teksten under først tre, så fire, tema. Disse temaene ble mine hovedkategorier i starten. Jeg fjernet altså dermed mest mulig irrelevant informasjon og fortettet den sentrale informasjonen. Jeg gjennomførte med andre ord en meningsfortetning (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). De opprinnelige dokumentene ble da redusert til et dokument på 62 sider.

Etter å ha gjennomført tekstsorteringen tok jeg ytterligere en grundig gjennomlesing av det nye tekstdokumentet og sorterte ut meningsbærende enheter som var sentrale og beskrivende for hva informantene hadde fortalt i intervjusituasjonen. Jeg skrev underveis et kommentardokument som inneholdt elementer som ikke ble ordentlig besvart under intervjuene, eksempelvis om informantene svarte bekreftende men ikke utfyllende på et spørsmål. Jeg kunne da ikke bruke svaret som en meningsbærende enhet, men responsen har likevel betydning for mine resultater i sin helhet.

I det fjerde trinnet skal man sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). Ut i fra intervjuguidene mine hadde jeg allerede fokus på tre hovedtema: «Informasjonsoverføring og dokumentasjon», «Samhandling mellom sykehus og kommune» og «Tverrprofesjonelt samarbeid». Gjennom analysen av intervjumaterialet kom det opp et fjerde tema «Pasientsikkerhet». De fire nevnte temaene var utgangspunktet for mine funn i

denne studien. Det er, ifølge Malterud (2011), ikke uvanlig at man sitter igjen med noenlunde like overskrifter i resultatpresentasjonen som man hadde i intervjuguiden, spesielt når datamaterialet er intervjubasert. Som ledd i en kreativ analyseprosess vil de opprinnelige temaene som regel føre til en annen inndeling av resultatene til slutt. Slik har det også vært i min studie. Temaene har skiftet tittel og innhold underveis i prosessen i samråd med min veileder, og resulterte i hovedkategoriene: «Informasjonsoverføring», «Risikofaktorer» og «Samarbeidsaktører». Jeg gikk flere ganger tilbake til det transkriberte råmaterialet for å forsikre meg om at jeg ikke mistet viktig informasjon underveis.

Avslutningsvis laget jeg en skjematisk oversikt over mine funn i del 1 av studien, med de fire opprinnelige hovedtemaene som hovedkategorier. De meningsbærende enhetene som jeg da hadde plukket ut ble avgjørende for underkategoriene. Skjemaet ble da grunnlaget for presentasjon av mine funn fra del 1 i studien.

Analysen av intervjumaterialet fra sykehjempersonalet (del 2) ble gjennomført på samme måte som sykehuspersonalet (del 1). Den største forskjellen her var at jeg selv hadde utarbeidet intervjuguidene og gjennomført intervjuene i denne delen og dermed hadde mer nærhet til materialet, basert på at jeg faktisk hadde møtt informantene ansikt til ansikt. Da jeg selv også hadde transkribert intervjumaterialet hadde jeg forholdsvis god kjennskap til innholdet. Dette gjorde prosessen lettere, i tillegg til at jeg hadde gjennomført liknende analyse før. Det transkriberte materialet i del 2 var dessuten mindre i omfang, med grunnlag i færre informanter. De fire opprinnelige hovedkategoriene ble også hovedkategorier her, og underkategoriene ble til på samme måte som i analyse av del 1, ved hjelp av de meningsbærende enhetene. Også her benyttet jeg det transkriberte råmaterialet aktivt. En tilsvarende skjematisk fremstilling ble til slutt laget også for denne delen.

4.8 Gyldighet og pålitelighet

Som forsker ønsker man at studien man gjennomfører er troverdig. Begreper som gyldighet og pålitelighet benyttes i utgangspunktet mest ved kvantitative undersøkelser, men troverdigheten er minst like viktig ved kvalitative undersøkelser (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

Man har to typer gyldighet, intern og ekstern. Den interne gyldigheten går ut på hvorvidt resultatene av undersøkelsen er gyldige med hensyn til det man har undersøkt, både med

tanke på utvalget og fenomenene som studeres. Den eksterne gyldigheten omhandler hvorvidt resultatene kan overføres til andre situasjoner og utvalg. Feltet og konteksten for innsamling av data har mye å si her. Forskeren bør spørre seg selv om metoden og referanserammen egner seg til å gi gyldige svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene som stilles (Malterud, 2011). For å sikre validiteten i studien min har jeg latt veileder gjennomgå intervjuguidene mine for å se om det samsvarer med problemstillingen min. Jeg har hele tiden hatt problemstillingen i bakhodet. Jeg har tilstrebet å forankre studien i annen relevant forskning, for å oppnå validitet. Dette gjorde jeg ved å gjennomføre et grundig litteratursøk etter fagfelleverderte artikler for å undersøke hva som finnes av tidligere forskning på feltet. Jeg har i etterkant funnet litteratur som angår mine hovedtema og belyser funnene i studien. At jeg gjennomførte et pilotintervju i forkant styrket sannsynligheten for at jeg fikk på min problemstilling, også med tanke på intervjuobjektets tilbakemeldinger på spørsmålene i intervjuguiden. Dette styrker også studiens gyldighet.

Én svakhet når det gjelder studiens gyldighet er at informantene blant sykehuspersonalet ble intervjuet i 2012, mens informantene i sykehjem ble intervjuet i 2014. Med tanke på innføring av ny samhandlingsreform 01.01.12 har man grunn til å tro at kunnskapene rundt denne er større i blant informantene i del 2. De to delene av utvalget vil dessuten beskrive for eksempel samarbeid på tvers av sykehus og sykehjem fra to forskjellige perioder. Dette har, etter min mening, ikke så stor relevans da jeg ønsker å kartlegge ulike faktorer som påvirker innleggelsessituasjonen som i stor grad er uavhengig av tid.

Pålitelighet i kvalitativ forskning omhandler hvorvidt resultatene kan etterprøves, og i hvilken grad andre forskere vil kunne oppdage de samme fenomenene og benytte det samme begrepsapparatet. Forskningen er pålitelig dersom undersøkelsen kan utføres flere ganger og man får noenlunde samme resultatet hver gang (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Det at jeg selv ikke har valgt ut mine informanter til studien og ikke har hatt noen påvirkningskraft på den prosessen styrker studiens pålitelighet. Måten jeg stiller spørsmål på har også noe å si for påliteligheten i studien min. Jeg har forsøkt å ikke la min forforståelse og bakgrunn som sykepleier påvirke intervjuene og analysen i etterkant. Intervjuguidene jeg har utarbeidet har blitt benyttet på samtlige informanter innenfor de ulike yrkesgruppene. Jeg benyttet et enkelt språk, uten fremmedord, for å forsikre meg om at informantene forstod hva jeg mente å spørre om. Dette styrker påliteligheten. Jeg har underveis i besvarelsen vært grundig i beskrivelsen av mine steg gjennom hele prosessen, slik at studien kan etterprøves. Når jeg transkriberte intervjuene med sykehjemspersonalet gjengav jeg de digitale opptakene

så nøyaktig som overhodet mulig, for pålitelighetens skyld. At jeg i del 1 transkriberte eget intervjumateriale styrker også påliteligheten, samt at jeg benyttet en standardisert transkripsjonsmetode, noe som gjør det lettere for andre forskere å etterprøve studien. Når jeg arbeidet med analysen gikk jeg tilbake til det transkriberte materialet på nytt for å se om jeg hadde fanget opp essensen.

En mulig svakhet når det gjelder studiens pålitelighet kan finnes i datamaterialet fra sykehuspersonalet. Dette har, som tidligere beskrevet, blitt innsamlet av en annen forsker i prosjektet. Intervjumaterialet fra denne delen av utvalget er dessuten transkribert av en ekstern transkripsjonstjeneste. Ved uklarheter i materialet har jeg hatt mulighet til å ta kontakt med forskeren som har gjennomført intervjuene i del 1, noe som styrker påliteligheten. Informantene i samme del av utvalget beskriver riktignok sykehusinnleggelse av eldre, men man kan ikke være 100% sikker på at alle disse eldre innlegges fra sykehjem. Der hvor man er i tvil om dette er det ikke fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. Likevel får man inntrykk av at de aller fleste er sykehjemspasienter og et fåtall kommer hjemmefra med hjemmesykepleie. Dette har, etter min mening, ikke så mye å si for studiens funn da det er selve innleggelsessituasjonen, og ikke hvor pasienten kommer fra, som er fokuset.

4.9 Forskningsetiske vurderinger og retningslinjer

«Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter» er godkjent hos Regional Etisk Komité (REK), og jeg ble registrert som prosjektmedarbeider av REK Sør-Øst (REK, 2011/1978). Som forsker krever det at jeg respekterer informantenes integritet, frihet og medbestemmelse. Informantene har krav på å få all nødvendig informasjon om studien på en nøytral måte, og det skal informeres om at deltakelsen er frivillig. Det kreves informert og fritt samtykke fra informanten før man går i gang med forskningen. Disse retningslinjene har jeg fulgt nøye i min studie. Det er viktig at forskeren er tydelig overfor informantene på at vedkommende i denne situasjonen er der i egenskap av å være forsker og ikke for eksempel lege eller sykepleier. I mitt tilfelle har min sykepleierutdanning og yrkeserfaring vært nyttig, da den har medført en viss forståelse for feltet jeg nå har jobbet med. Jeg har likevel ikke fortalt informantene om min forforståelse for å holde fast på forskerrollen. Forskeren skal være upartisk og skal, i den grad det lar seg gjøre, ikke påvirke informantenes uttalelser. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten av det vil få negative konsekvenser (NESH, 2013). Dette har mine informanter vært klar over. De har også blitt tilbudt pauser underveis om de skulle ønske dette.

5.0 Funn

I denne delen av besvarelsen vil jeg presentere hovedfunnene fra studien. Jeg har valgt å presentere funnene fra sykehuspersonalet og sykehjemspersonalet enkeltvis under de tre hovedtemaene «Samhandling», «Informasjonsoverføring» og «Risikofaktorer». Jeg velger å gjøre det på denne måten fordi intervjuene har funnet sted i to ulike tidsperioder og at det derfor kan være hensiktsmessig å skille funnene noe.

En "typisk" sykehusinnleggelse

Utgangspunktet for en typisk innleggelse er en akutt situasjon i en sykehjemsavdeling, det være seg for eksempel et lårhalsbrudd eller brystmerter. Helsepersonellet som oppdager situasjonen kontakter ansvarlig sykepleier som igjen kontakter lege. I mellomtiden blir pasienten tatt hånd om av pleiepersonell i avdelingen, og det blir tatt nødvendige målinger for å finne avvik fra pasientens normalfunksjoner, eksempelvis om pasienten har høyt blodtrykk, er febril⁹ og hvor og i hvilken grad pasienten har smerter. Legen, enten det er en sykehjemslege med vaktordning eller en legevaktslege, kommer på tilsyn til pasienten og vurderer hvorvidt pasienten skal innlegges på sykehus. Beslutningen tas og legen skriver et notat, samt henviser til innleggelse. Sykepleieren skriver en overføringsrapport med nødvendige opplysninger om pasienten og sender dette, enten elektronisk eller i papirform, til sykehuset. Videre blir ambulanse bestilt og pårørende kontaktet. På sykehuset blir pasienten triagert¹⁰ og tatt imot av sykepleier som tar nødvendige prøver og undersøkelser. Vedkommende blir så undersøkt av lege i akuttmottak, og det blir bestemt om pasienten skal returneres til sykehjemmet eller om pasienten skal legges på post.

⁹ Febril = Å ha feber

¹⁰ Triagering = Det blir vurdert hastegrad og prioritet for helsehjelpen

5.1 Samhandling

5.1.1 Sykehuspersonalet

Samhandling og samhandlingsarenaer mellom sykehus og sykehjem

Informantene, som alle jobber i akuttmottak, forklarer at de i liten grad merker noe til samarbeidet med de ulike kommunene. Det eneste kontaktpunktet de har er ofte elektroniske meldinger eller informasjonsoverføring i papirform. Dette begrunnes med at pasientene skal videre til andre avdelinger og at kontakten mellom kommunene og sykehuset hovedsakelig skjer når pasienten er kommet på sengepost. I enkelte tilfeller prater man med innleggende lege i forkant av innleggelsen, men bortsett fra dette kontakter man kommunene kun om man lurer på noe. Én informant uttrykker en respekt for arbeidet som blir gjort ute i kommunene.

«Jeg tror det er en del vi kan hjelpe til med, og vi er jo spesialister på vårt, og de er jo enormt dyktige ute. Folk skulle vært med ut og sett, for de er imponerende flinke folk.» (Sykepleier, sykehus)

Den samme informanten fremhever de behandlingsmulighetene som kan finnes ute i kommunene. Hun mener at opprettelse av kommunale akuttavdelinger kunne være hensiktsmessig for å begrense unødvendige sykehusinnleggelse. Da ville man, ifølge informanten, skåne pasienten for eventuelle forvirringstilstander som ofte følger med når eldre blir innlagt på sykehuset. Hun har stor tro på faglig samarbeid mellom sykehus og kommune. Man får et inntrykk av at informantene får svar dersom de tar kontakt med kommunen ved spørsmål, men at de sjelden har telefonisk kontakt.

Informantenes kjennskap til samhandlingsarenaer etablert mellom sykehus og kommune varierer veldig, men flertallet har ingen kjennskap til slike. Enkelte av sykepleierne kjenner til en hospiteringsordning hvor en kan besøke sykehjem, hjemmesykepleie og bestillerkontor.

«De har jo hospitering for sykepleiere både inn og ut hvert år (...). Det har det vært i mange år, og da er det mange fra sykehjem og hjemmesykepleien som kommer inn i sykehuset også (...).» (Sykepleier, sykehus)

Kun én av fire leger blant informantene kjenner til Praksiskonsulentordningen (PKO)¹¹, men vedkommende vedgår at han ikke har oversikt over hvordan denne ordningen fungerer i praksis, annet at den innebærer samarbeid med allmennlegetjenesten. Man får jevnt over et

¹¹ Praksiskonsulentordningen (PKO) = Et nettverk av allmennpraktiserende leger og sykepleiere som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger, allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

inntrykk av at det er svært få kontaktpunkter og lite samarbeid mellom akuttmottak og de ulike kommunene.

Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

Flertallet av informantene vektlegger viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid på avdelingen. De aller fleste synes også at samarbeidet på tvers av profesjonene fungerer godt, men at det i blant kan være litt personavhengig hvor godt man samarbeider. Flere forteller at arbeidet med pasienten blir mer helhetlig om man har et godt tverrfaglig samarbeid.

«Det tror jeg har veldig mye å si. Da føler de på en måte at de blir sett på flere områder enn kun den foten som kanskje er vond (...).» (Sykepleier, sykehus)

Flere av sykepleierne har et inntrykk av at legene på avdelingen tilbringer for lite tid sammen med pasienten, eksempelvis ved journalskriving. De tenker primært på hva pasientene tenker når de så vidt blir tilsett av legen. Det blir foreslått at legene kan ta opp journal på pasientrommet. Legene på sin side er uenig i dette, og mener det gir et negativt inntrykk til pasientene om man sitter med en datamaskin ved legetilsynet. Det er stadig nye turnusleger i akuttmottak og noen av sykepleierne blant informantene føler at noe av opplæringsansvaret ligger på dem. De mener det er for få kjente leger i avdelingen, og at turnuslegene går mye for seg selv.

«Turnusleger, de må jo på en måte, de er jo i lære. Det er klart det ikke fungerer med mange nye turnusleger med alt det styret her. Så skal det være så mange turnusleger som er så nye, så må det være mer erfarne leger i tillegg, tenker jeg. Vi merker at avdelingen stopper opp. Pasientene blir liggende på vent veldig lenge.» (Sykepleier, sykehus)

Turnuslegene blant informantene føler seg ikke utrygge i avdelingen, og føler at de får den hjelpen de trenger når de trenger det. De forteller at de får mye hjelp av sykepleierne i avdelingen, og at dette gir trygghet. Én av turnuslegene vektlegger spesielt det tverrfaglige samarbeidet i avdelingen, og beskriver følgende:

«(...) Ta litt mer tid, være litt mer oppmerksom og jobbe som gruppe. Ikke bare lege, men sykepleiere og hjelpepleiere også. For når det er flere som ser på den listen, flere som passer på at pasienten har det og det symptomet, så er det mindre sannsynlig at vi glemmer noe, at vi ikke er oppmerksom på noe.» (Lege, sykehus)

Informantene i akuttmottaket forteller at det ikke legges spesielt til rette for et godt tverrfaglig samarbeid i avdelingen. Ambulansepersonalet har mer av dette, basert på interne møter og undervisning og samarbeid med blant annet luftambulansen. De fleste informantene i akuttmottak forteller om et godt samarbeid med ambulansetjenesten. Spesielt sykepleierne fremhever viktigheten av jobben de gjør. Dialogen på tvers av yrkesgruppene er ifølge dem preget av respekt for hverandres arbeidshverdag. Én ambulansearbeider blant informantene beskriver det tverrfaglige samarbeidet som svært viktig også for dem.

«(..) At vi snakker samme språket og at det ikke blir en pakke vi skal levere rundt forbi(..). Jeg har et godt inntrykk av hvordan det fungerer, og synes folk er dyktige i det de holder på med. (..) Håper at de ikke glemmer at det er mennesker vi jobber med og ikke noe annet. For det kan man fort glemme. Vi er avhengige av at folk før oss har gjort jobben, og at folk etter oss gjør jobben sin. Ikke minst at vi gjør den.» (Ambulansearbeider, sykehus)

Samarbeidet mellom sykepleiere og leger fungerer for det meste godt, skal man tro informantene, men sykepleierne opplever at de må være litt "på hugget" for å holde seg oppdatert dersom en lege har undersøkt en pasient alene. De anser kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene som svært viktig for å optimalisere behandlingen av pasienten. Kommunikasjonen mellom akuttmottak og de ulike sengepostene er som oftest god, og én av informantene forteller at hun er klar over at det ikke alltid er så greit å være på avdelingene som mottar pasientene i etterkant heller, da travelhet og plassmangel spiller stor rolle også der.

Kjennskap til samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, som ble innført gradvis fra 01.01.2012, har i liten grad påvirket arbeidet til informantene i denne delen av utvalget. Informantenes kunnskap om og forhold til reformen varierer mye. Alle, med unntak av én informant, har hørt om reformen, men flertallet har ikke merket seg noen endringer i arbeidshverdagen etter innføringen. Én informant har likevel merket seg endringer, og beskriver:

«(..) Merket stor forskjell når den ble innført, ja. Pasienter lå lenge og ventet på plass (..). Plutselig ble det masse sykehjemsplasser i kommunen, for nå må de betale.» (Lege, sykehus)

Kunnskapene rundt reformen omhandler for det meste utskrivelsesprosessen og kommunenes økte ansvar for sine innbyggere. Vedrørende sykehusinnleggelse har ingen av informantene

opplevd endringer. Et ord som går igjen når informantene beskriver hva samhandlingsreformen har ført med seg er «ekstraarbeid». Da sikter de for det meste til de økte kravene til dokumentasjon, med blant annet *tidligmelding*, som er en elektronisk melding som skal sendes til den aktuelle kommunen når en pasient som mottar, eller kommer til å motta, helsetjenester legges inn på sykehuset.

«Det er i hvertfall mer arbeid. Fordi du skal skrive tidligmelding, og hvis det ikke er NN kommune skal du ringe og si at du faxer og faxer. Og så er det jo pleieplaner og masse sånt som skal skrives.» (Sykepleier, sykehus)

Til tross for dette sier flere av informantene at intensjonen bak reformen er god, og at den gir helsepersonell mulighet til å forberede ting i god tid, eksempelvis utskrivelse. De har forståelse for at det kan ta tid å implementere nye rutiner, og at det trolig vil gå seg til etter hvert. Enkelte nevner også at det bør satses litt mer på spesialisthelsetjenesten, da fremtidens eldre også trenger spisskompetanse innen helsehjelpen. Tanken er at om man får tidligere hjelp så kan man forebygge eksempelvis lengre sykehjemsopphold. Én informant sier imidlertid at de bør satses mer på både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En annen beskriver en lettelse over at pasientene blir tatt hånd om etter utskrivelse og at kommunen må ta ansvar:

"(..) Nei, jeg synes det er fantastisk egentlig at det ikke er sånn at folk skal kastes ut liksom i intet når de skrives ut fra sykehuset. Men, ellers så tenker jeg det at det er jo fantastisk at kommunen får mer plikt til å ta vare på sine egne innbyggere. (..)" (Sykepleier, sykehus)

Hvorvidt antallet sykehusinnleggelses blant eldre har gått ned etter innføring av ny samhandlingsreform er det delte meninger om blant informantene. Enkelte er veldig tydelige på at det har skjedd en betydelig økning i antall innleggelses, mens andre mener at forekomsten har holdt seg stabilt høy og at den ikke har påvirket innleggelsesraten noe særlig. Informantene er derimot enige om at reformen har hatt forholdsvis stor påvirkning på utskrivelsesforløpet, til tross for at de i akuttinntak som regel ikke tar del i denne prosessen. Noen mener dette har fått konsekvenser i form av blant annet reinnleggelses.

"Vi merker i hvert fall at folk er.. De er ikke ferdigbehandlet, og så kommer de rett inn igjen." (Sykepleier, sykehus)

Flere av informantene blant sykehuspersonalet har nemlig en oppfatning av at det etter innføring av ny samhandlingsreform har blitt en økt andel reinnleggelses. Årsaksgrunnet tror disse informantene ligger i for tidlige utskrivelser fra sykehuset, som resultat av økt press på helsetjenestene i kommunene etter innføringen av reformen. De opplever at pasientene

meldes utskrivingsklare før de er friske nok til å utskrives, og at dette medfører at de må ferdigbehandles ute i kommunene. Noen av reinnleggelsene skjer allerede samme dag, eller dagen etter, at pasienten er utskrevet fra sykehuset. En sykepleier blant sykehuspersonalet beskriver pasientene som reinnlegges som mye dårligere enn de var da de ble lagt inn første gang, og at reinnleggelsene hovedsakelig gjelder eldre.

«Det er for tidlig, for du ser jo stadig vekk at vi får inn folk som har reist ut samme dag. De har vi jo fått inn igjen, og de er av og til knalldårlige (...).» (Sykepleier, sykehus)

Én informant stiller også spørsmål til kompetansen til helsepersonell i kommunen når det gjelder ferdigbehandling. At ikke alle sykehjem administrerer væske og antibiotika intravenøst og at derfor pasientene blir utskrevet med peroral¹² behandling, blir også nevnt som en mulig årsak til reinnleggelser. Samme informant tenker at dette kan være i kombinasjon med at pasientene har ligget inne på sykehuset såpass lenge at det har tilkommet ytterligere helseproblemer som blusser opp når pasienten utskrives til for eksempel et sykehjemsopphold. Likevel forklarer informantene at det er mindre vanlig at pasientene reinnlegges fra sykehjem, og at det er mer vanlig dersom pasienten bor hjemme med hjemmesykepleie. Typiske diagnoser ved reinnleggelser er i følge en informant KOLS¹³ og ulike infeksjonssykdommer. Pasientens egen vilje kan også, ifølge en informant, være medvirkende til for tidlig utskrivelse og dermed reinnleggelse. Hun beskriver følgende:

«(...) Men så er det jo mange pasienter som ønsker å reise hjem og de skal jo få lov til å bestemme det selv. Og da kommer de inn igjen etterpå.» (Sykepleier, sykehus)

Jevnt over kan det virke som om informantene er klar over at samhandlingsreformen er et slags bakteppe for arbeidshverdagen deres, men at den spiller en liten rolle i utførelsen av arbeidet. Flere gir uttrykk for at de har hørt mye om reformen gjennom media, men at inntrykket de har fått gjennom tv og aviser ikke er utelukkende positivt. Flere gir likevel uttrykk for at tankene bak reformen er god.

5.1.2 Sykehjemspersonalet

Samhandling og samhandlingsarenaer mellom sykehus og sykehjem

Informantene forteller om et godt samarbeid og god kommunikasjon med sykehuset i forbindelse med sykehusinnleggelse. To av de tre avdelingene som er med i studien er som tidligere nevnt langtidsavdelinger. Informantene fra disse avdelingene forteller at de veldig

¹² Peroral behandling = Medikamenter gitt gjennom munnen (Tabletter, mixturer og lignende).

¹³ KOLS = Kronisk obstruktiv lungesykdom

sjelden opplever at sykehjemspasientene legges inn på sykehuset og at det derfor er lite kontakt med sykehuset. De opplever likevel at de lett oppnår en dialog rundt innleggelsene som skjer og at de får gode svar på det de lurer på. Utfordringen synes å være at man ikke oppnår noen dialog før pasienten er kommet på sengepost, og at man før den tid ikke får noe informasjon om tilstanden til pasienten. Én av informantene etterlyser en person som kan være tilstede i akuttmottak og ta imot sykehjemspasientene, og at denne personen kunne hatt løpende kontakt med de innleggende sykehjemmene. Dette ville gitt en trygghet både for pasienten, for pårørende og for det aktuelle sykehjemmet. Hun understreker at veldig mange sykehjemspasienter har kognitiv svikt og trenger mye tilsyn.

«(..) Det er vel det som vi merker det mest på. At vi ikke har noen kontaktperson i den andre enden (..)» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

Når det gjelder kontakten fra sykehuset til sykehjemmet får man inntrykk av at også dette fungerer godt. Sykepleierne forklarer at de får en telefon fra sykehuset dersom det er noen spørsmål om pasienten. De savner likevel at sykehuset kan ta kontakt selv dersom det er noe nytt, og føler at de får hovedansvaret for å holde seg oppdatert om pasientens tilstand. På grunn av lite informasjon fra sykehuset rundt innleggelsene blir pasientens pårørende nevnt som viktige informasjonskilder ved sykehusinnleggelse, fordi pårørende ofte er med pasienten i blant annet akuttmottaket.

«De ringer ikke og sier hvordan det går med pasienten.» (Sykepleier, sykehjem)

Samhandlingsarenaer etablert mellom sykehus og kommune er det lite kunnskaper om blant informantene. Om lag halvparten har ikke hørt om eller deltatt på slike. Flere er likevel enige om at det er lurt med slike arenaer. Samhandlingsarenaer det er noe kunnskap om er «Praksiskonsulentordningen (PKO)» og «Møteplassen¹⁴». De av informantene som har deltatt på slike møter refererer til positive opplevelser. Tiltakene beskrives som lærerike og faglig gode.

«Det er veldig bra med litt kommunikasjon på den måten. I forhold til å gi beskjeder, og få beskjeder, og så lage retningslinjer som kan gjøre det bedre. For det vil jo alle. (..) Alle vil beboerens beste. Brukere og pasienter.» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

Sykehjemslegevakten er et fenomen som blir beskrevet av samtlige informanter. Dette er, ifølge en lege som selv er med i ordningen, en legevaktstjeneste som kun er til for sykehjemmene i kommunen. Tjenesten har en tidelt vaktordning som leger som er ansatt i ulike sykehjem deler på. De kontaktes via et mailsystem i dokumentasjonssystemet CosDoc

¹⁴ "Møteplassen" = Samhandlingsarena for NN kommune og NN Universitetssykehus i regi av UiS.

og rykker ut til det aktuelle sykehjemmet for legetilsyn. Tjenesten benyttes på ettermiddager og i helger mellom gitte klokkeslett, og er til for mindre akutte problemstillinger. De fleste informantene blant sykehjemspersonalet er enige om at det i prinsippet er et godt tiltak, men at det har noen mangler. En mangel som er nevnt av flere av informantene er vaktoversikten.

«(..) Mitt inntrykk, uten at jeg vet så mye om det, er at det er veldig mange vakante vakter. Så jeg føler at sykepleierne her gir beskjed om at de trenger tilsyn på den pasienten, og så får de ikke noen tilbakemelding fordi det ikke er noen som leser den mailen (..). De har ikke helt fått på plass et system for å holde oversikt over hvem som er på jobb og sånn.» (Lege, sykehjem)

Flere har likevel et godt inntrykk av sykehjemslegevaktstjenesten, og forteller at det ofte er mer praktisk enn å bruke legevakten som er felles for alle. En fordel som nevnes er at sykehjemslegevakten har mer kunnskap innen geriatri og sykehjemsmedisin og at beslutningene de tar er tuftet på denne kunnskapen. De synes dessuten at det er greit med mailkontakten, og får de ikke svar på en stund kontakter de legevakten eller, i mer akutte tilfeller, 113.

«Tidligere, vet du, brukte de mye legevakten, og det var vanskelig, for når du ringte så måtte du vente, vente, vente i evigheter. (..) Det er veldig mye bedre etter at de begynte med sykehjemslegevakten. (..) Jeg føler veldig trygghet nå.» (Sykepleier, sykehjem)

Til tross for sykehjemslegevaksordningen forteller informanter fra to av tre av sykehjemmene at de har egne ordninger med leger som kan kontaktes utenom arbeidstiden. De føler en trygghet ved dette da disse legene kjenner bakgrunnen til pasientene på sykehjemmet, og tar beslutninger basert på den enkelte pasient. Informantene fra alle de tre sykehjemmene forteller om god legedekning og legevisitter minst én gang i uken per sykehjems pasient. Sykehusinnleggelsene som skjer på dagtid skjer etter legetilsyn av sykehjemslegen og oppfattes av informantene som generelt mer gjennomtenkte og tryggere enn innleggelsene som skjer på kvelder, netter og i helgene.

Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet innad i sykehjemmene beskrives som svært viktig av de aller fleste informantene i denne delen av utvalget. En informant forteller at det skyldes at ulike yrkesgrupper observerer forskjellige ting og dermed blir omsorgen mer helhetlig. Én av legene forteller om hvilken betydning det tverrfaglige samarbeidet har for hennes arbeidshverdag:

«Så vi, legene, vi er jo bare en liten brikke. Vi ser dem jo i korte øyeblikk en gang i blant. Så det er jo hjelpepleierne, assistentene, sykepleierne og fysioterapeutene som ser dem mer kontinuerlig. Så for oss betyr det jo kjempemye for hva vi gjør videre på en måte.» (Lege, sykehjem)

Ved sykehusinnleggelse er det i de aller fleste tilfeller lege og sykepleier som er involvert, og dette samarbeidet får man inntrykk av at stort sett fungerer godt. Spesielt den ene legen forteller at han som oftest stoler på sykepleiernes vurderinger om det er snakk om forverring av tilstanden til en pasient og spørsmål om sykehusinnleggelse. Den andre legen blant denne delen av utvalget mener samarbeidet med sykepleierne er essensielt og ser viktigheten av å holde sykepleierne fortløpende oppdatert.

"(..) Jeg tenker det er viktig at ansvarlig sykepleier på avdelingen vet hva jeg har tenkt. (..)" (Lege, sykehjem)

Avdelingssykepleieren på én av langtidsavdelingene forteller at også deres hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er grundig opplært i hvilken rolle de skal ha ved en eventuell akutt situasjon. Dette innebærer blant annet at hjelpepleieren blir hos pasienten mens sykepleieren og legen ordner med dokumentasjon og liknende. Én annen informant vektlegger betydningen av arbeidet som blir gjort av pleiepersonalet i avdelingen, da det er disse som ser pasienten mest i løpet av en dag. Han mener pleiepersonalet på grunnlag av dette kan bidra med mye viktig informasjon. Man får et inntrykk av at det ikke blir lagt spesielt til rette for tverrfaglig samarbeid på langtidsavdelingene, og enkelte av informantene, deriblant sykepleierne, kunne tenkt seg mer av dette. I korttidsavdelingen legges det derimot godt til rette for tverrfaglig samarbeid, i form av ukentlige møter med fysioterapeut og liknende. Årsaken synes å være at pasientene her skal hjem til seg selv etter å ha vært en periode på sykehjemmet, og at overgangen skal bli så smidig som overhodet mulig.

Kjennskap til samhandlingsreformen

Blant denne gruppen informanter er det også svært varierte kunnskaper om samhandlingsreformen og dennes ringvirkninger. De aller færreste har satt seg grundig inn i reformen, og de som har satt seg grundigst inn i den er avdelingssykepleierne. Én av informantene forteller at hun vet at det eksisterer dokumenter med retningslinjer som er utformet med tanke på utskrivelse og innleggelse, men at hun ikke vet hvor man finner disse. Ingen av de andre informantene gir inntrykk av at de har hørt om disse dokumentene. Likevel

får man inntrykk av at de ulike sykehjemsavdelingenes rutiner fungerer godt i forbindelse med sykehusinnleggelser.

«Ja, altså, det har jo gått seg litt til. (..) Det var mye armer og bein i begynnelsen.» (Lege, sykehjem)

I likhet med sykehuspersonalet har sykehjemspersonalet et inntrykk av at man ikke merker så mye til samhandlingsreformen i forbindelse med sykehusinnleggelse. De opplever likevel at om en pasient blir lagt inn på sykehuset så kommer vedkommende i retur til sykehjemmet forholdsvis raskt. Noen av informantene har også et inntrykk av at utskrivelsene i noen tilfeller skjer i overkant tidlig, og at dette iblant fører til reinnleggelser.

« (..) Nå har jeg ikke noen tall på det, men jeg har nok en fornemmelse av at vi har hatt flere reinnleggelser etter samhandlingsreformen. (..) Noen ganger kaller de dem nok ferdigbehandlet før de egentlig er det.» (Lege, sykehjem)

Begge legene blant informantene opplever de eldre pasientene som generelt svakere og dårligere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Én av avdelingssykepleierne forteller dessuten at det er mer komplisert å få noen innlagt på sykehuset nå enn før reformen ble innført. Dette begrunner hun med at pasientene må være svært dårlige for å i det hele tatt bli vurdert for sykehusinnleggelse. Hun har et inntrykk av at det skyldes en kamp om plassene på sykehuset.

«Det vi har merket med den er at de sender ut mye dårligere pasienter. Det er mye vanskeligere å få dem inn på sykehus også.» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

Flere av informantene ytrer en bekymring om at reformen har feil fokus. De er redde for at de økonomiske hensynene kommer foran alt, og at pasientene blir skadelidende. Den ene informanten tenker da spesielt på mellomstasjonene¹⁵ pasientene skal innom etter utskrivelse fra sykehuset. Dette er tilfellet for at kommunen ikke skal måtte betale dagsbøter.

«(..) De er veldig slitne når de kommer hit. (..) Om det blir kortsiktig eller om det er en sparing langsiktig, eller om det faktisk er en utgift langsiktig på grunn av at det er en påkjenning, det vet jeg ikke.» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

Flere av de andre informantene bekymrer seg også for det økonomiske fokuset i forbindelse med samhandlingsreformen, og er redde for at det går på bekostning av pasientenes ve og vel.

«(..) Det blir liksom mye snakk om økonomi og så ser man kanskje ikke pasienten så mye i det hele. (..) Så blir det altfor mye kasteball i stedet for at man ser pasienten og tenker «hva er best for pasienten?».» (Lege, sykehjem)

¹⁵ Mellomstasjoner, her: Utskrivingsklar post, korttidsopphold på sykehjem etc.

Samhandlingsreformen har, basert på det informantene forteller, ikke hatt stor påvirkning på forløpet når en pasient legges inn på sykehuset. De to langtidsavdelingene som er representert i utvalget har sjelden sykehusinnleggelse, mens korttidsavdelingen opplever dette noe hyppigere, da gjerne i form av reinnleggelse. Man får et inntrykk av at årsaken til mangelfulle kunnskaper rundt reformen på langtidsavdelingene skyldes nettopp at det ikke skjer så mange sykehusinnleggelse blant sykehjemspasientene.

5.2 Informasjonsoverføring

5.2.1 Sykehuspersonalet

På spørsmål om hvilke faktorer som er viktige for gode kvalitetssikrede sykehusinnleggelse svarer samtlige informanter at det er informasjonsoverføringen som er aller viktigst. Dette gjelder spesielt medikamentlistene, som kan gi alvorlige konsekvenser om de innehar feil eller ikke er oppdaterte. Dette gjelder enten pasientene kommer hjemmefra med hjemmesykepleie eller fra et sykehjem eller en omsorgsbolig. Sykepleierne blant informantene forteller at det er lettere å få tilstrekkelig informasjon om pasienten kommer fra et sykehjem. Da mottar de gjerne en sykepleierrapport i tillegg til innleggesskrivet som kommunen er pålagt å sende. De opplever dessuten at det er mindre utfordrende å ringe til sykehjem om de lurer på noe, enn om pasienten kommer fra hjemmet med hjemmesykepleie. At det er en regel om at det skal følge med et innleggesskriv er de i tvil om, men som oftest følger det med pasienten. Andre ganger faxes det inn, og i enkelte tilfeller følger det ikke med noe dokumentasjon. Da må sykepleierne ringe og etterlyse dokumentasjonen.

«Det er vel ikke en regel på at det skal følge med, men innleggesskriv må jo være med. Hvis ikke så har ikke pasientene noe her å gjøre på en måte.» (Sykepleier, sykehus)

Informasjonen de ønsker å motta er den aktuelle problemstillingen og sykehistorien til pasienten, samt oppdatert medikamentliste og hvilke sykdommer pasienten har fra før. De ønsker også å få informasjon om pasientens habitualtilstand¹⁶ og funksjonsnivå. Én informant forteller at det varierer hvor flinke sykehjemmene er med tanke på informasjonsoverføring til sykehuset, men at hun opplever at de blir stadig flinkere å sende med nødvendig dokumentasjon om pasientens situasjon. Dette sier også en av ambulansarbeiderne seg enig i.

¹⁶ Habitualtilstand = Tilstanden man vender tilbake til etter overstått sykdom

«Det hjelper meg å forstå pasienten bedre, spesielt når det er de eldre så er det gjerne vanskelig å kommunisere hvis de er demente, eller hvis de har allergi av noe slag. (...) Da er det bedre å vite hvordan den pasienten fungerer til vanlig eller hvordan tilstanden er (...).»
(Ambulansearbeider, sykehus)

En sykepleier forteller at pasientene av og til innlegges uten å ha blitt tilsett av lege, og at det da ikke følger med informasjon om innleggelsen. Da må de stole på informasjon gitt over telefon av for eksempel sykehjemmet hvor pasienten bor. Hun forteller at det heldigvis er sjelden.

«Av og til kommer det en faks fra legen eller sånn, men de har ikke alltid sett pasienten.»
(Sykepleier, sykehus)

Spesielt sykepleierne vektlegger betydningen av at informasjonen de mottar er oppdatert og gyldig. Dette i tillegg til at den er skrevet av helsepersonell som har god kjennskap til pasienten, eksempelvis en sykepleier på sykehjemsavdelingen pasienten kommer fra:

«(...) Men det er jo viktig at det stemmer det som står. Så er det viktig at det er skrevet at noen som kjenner pasienten.» (Sykepleier, sykehus)

På spørsmål om hvilke tanker informantene gjør seg angående at forskning har avdekket mange tilfeller av mangelfull informasjonsoverføring ved sykehusinnleggelse svarer flere at dette godt kan stemme med det de opplever. De forteller at det i en del tilfeller blir gitt muntlige beskjeder som ikke er dokumentert skriftlig, og at denne informasjonen kan gå tapt. Dette kan gi konsekvenser for pasienten. Den ene informanten beskriver dette:

«Ja, for du får jo ikke, du kan jo ikke få med deg alt og du klarer ikke huske alt som er sagt. Jeg klarer i hvert fall ikke det.» (Sykepleier, sykehus)

Dokumentasjonen som gjøres i akuttmottak og som skal overføres videre til sengpost varierer en del innholdsmessig. Dette gjelder spesielt sykepleiedokumentasjonen.

Sykepleierne blant informantene er i tvil om hvilke dokumenter de er pålagt å skrive, og flere av dem forteller at de ikke har tid til å sette seg ned og skrive elektronisk innkomsnotat på pasienten. Observasjonskurven de benytter er derimot flittig i bruk og denne dekker mange av de viktige områdene, som for eksempel sirkulatoriske¹⁷ målinger, gitte medikamenter og væsketilførsel. Dette dokumentet er i papirform.

«(...) Jeg fører den sykepleiejournalen som vi har. Jeg vet ikke om avdelingene bruker den så mye, men den er mye enklere. (...) Den har du for hånd (...).» (Sykepleier, sykehus)

¹⁷ Sirkulatoriske målinger = Vitale målinger som blodtrykk, puls, temperatur og lignende.

De gir uttrykk for at det ofte er for travelt til å kunne sette seg grundig inn i den enkelte pasientens situasjon. Dersom de benytter dokumentasjonssystemet DIPS med en gang de tar imot pasienten føler de at de ikke har tid eller mulighet til å oppdatere opplysningene før pasienten sendes videre til sengepost. En annen utfordring er mangelen på datamaskiner i avdelingen. Sykepleierne gir uttrykk for at det går mye tid i inn- og utlogging og at de derfor ikke får gjort en tilstrekkelig god dokumentasjon i elektronisk format.

«(..) Hvis du går inn og skriver i DIPS'en så skriver du det med en gang du treffer pasienten, og så går du ofte ikke inn igjen og skriver på nytt når du har snakket med pasienten i to timer. For da er du ferdig. (..) Det er ikke ideelt, men hvis du skal gjøre det på nytt igjen og gjøre det så godt som du sikkert burde det, så stopper det meste.» (Sykepleier, sykehus)

På spørsmål om hva som foretrekkes av elektronisk informasjonsoverføring eller i papirformat responderer informantene forskjellig. De fleste synes det er greit å få det i papirform, men ser faren med at disse dokumentene kan forsvinne i overføringene og at dette er en risiko. I akuttmottaket har man ofte ikke tid til å lese om pasienten i datasystemet før man tar imot vedkommende, og i den forbindelse ser informantene det som hensiktsmessig å få papirene i hånden når pasienten kommer inn. En lege blant informantene synes det kan være greit å få dokumentene i papirformat da det ofte tar litt tid å få dokumentene overført elektronisk. Ambulansearbeiderne synes derimot at det er praktisk med elektroniske løsninger for informasjonsoverføring, da det gjør transporten til sykehuset mindre komplisert.

«(..) Jeg synes det er helt greit med elektronisk (..). Det gjør det veldig mye lettere for legen, og det er lettere for oss også, for da slipper vi å kjøre via et legekontor for å hente denne rekvisisjonen. Innleggelsesskrivet da.» (Ambulansearbeider, sykehus)

En annen fordel med elektroniske løsninger er ifølge ambulansearbeiderne at de slipper å vente på at legen skal skrive ferdig papirene før de kan dra avgårde med pasienten. De gir uttrykk for at de da er avhengige av at de får informasjon om pasienten på andre måter, da de ikke har tilgang til de elektroniske dokumentene i ambulansen. De får altså kun mulighet til å lese dokumentene om de er i papirformat. Én av ambulansearbeiderne ser fordelene med å kunne lese dokumentene.

«(..) Så er det ikke alltid vi har tid til å ta en skikkelig rapport, så hvis jeg ser noe underveis så er man mer forberedt på det, sant.» (Ambulansearbeider, sykehus)

Den ene av ambulansearbeiderne er spesielt opptatt av hva pårørende har å si om pasienten, da de ofte har god kjennskap til vedkommende. Dersom pasienten er klar og orientert er selvsagt også pasienten selv en god kilde til informasjon. Dette er flere av informantene enige i. Én av legene anser tiden sammen med pasienten som den aller viktigste kilden til

informasjon. Han anser også pårørende som en viktig ressurs dersom pasienten ikke er klar og orientert.

«Det hjelper veldig mye å ha noe skriftlig, men jeg synes den stunden med pasienten er det som er viktigst for meg (...).» (Lege, sykehus)

En annen lege forteller at innleggelsesskrivet ikke alltid samsvarer med det pasienten selv har å fortelle, og da er det først og fremst møtet med pasienten som gir best inntrykk av situasjonen. Iblant må de også kontakte sykehjem eller pårørende for å få svar. En annen lege vurderer sykepleiernes dokumentasjon som svært viktig, og tar seg tid til å lese denne. En ulempe han ser er at sykepleierne har flere skift i døgnet og at det iblant kan føre til at noe informasjon forsvinner underveis. Han har likevel et inntrykk av at dette stort sett fungerer greit.

5.2.2 Sykehjempersonalet

Når det gjelder sykehusinnleggelse så får man et inntrykk av at informantene har opparbeidet seg en god oversikt over hvilke dokumenter som skal sendes med pasienten til sykehuset. De er tydelige på at de vil sende med helhetlig informasjon om pasientens sykdomsbilde, funksjonsnivå og habitustilstand. De anser det som svært viktig både for pasienten, men også for helsepersonalet som skal ta imot pasienten på sykehuset.

«(...) At vi gjør et grundig arbeid. At vi gjør alle grundige målinger, og dokumenterer alle de. (...) Så om vi legger inn for en ting, så må vi ta helheten. Vi må forklare helheten.» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

De aller fleste av informantene har fått med seg at det er nye retningslinjer med elektroniske meldinger og at overføringsnotatene sendes elektronisk til sykehuset, men ikke alle er like komfortable med ordningen. Dette skyldes at de ikke føler seg helt trygge på at dokumentene kommer fram, og at de faktisk kommer dit de skal. Noen velger derfor å sende dokumentene i papirformat i tillegg, og noen ytterst få tar kun i bruk papirformatet.

«Jeg er ikke så veldig flink på de elektroniske meldingene, så derfor holder vi på å læres opp (...).» (Sykepleier, sykehjem)

Flere av de andre sykepleierne vektlegger betydningen av god opplæring når det gjelder dokumentasjon og informasjonsoverføring. Én av legene gir uttrykk for at hun merker godt at opplæringen av de elektroniske meldingene ikke helt er på plass, og at det dermed blir en del

mangler når det gjelder sykepleiedokumentasjonen. Hun føler likevel at det ikke er hennes oppgave å påse at sykepleierne gjør jobben sin.

«(..) Og så er det nytt at det skal sendes elektronisk fra sykepleierne, og det tror jeg ikke alle har fått med seg. (..) Så det er litt startvansker egentlig.» (Lege, sykehjem)

Dersom alt fungerer som det skal, ser de fleste informantene kun positive sider ved å overføre dokumentasjon elektronisk. Det blir beskrevet som tidsbesparende, tryggere og mer effektivt enn om man sender informasjonen i papirformat. Én informant ser dette som en kvalitetssikring i seg selv ved at man ikke mister viktig informasjon i muntlige rapporter. Flere av informantene blant sykehjemspersonalet mener det i større grad burde vært elektronisk informasjonsoverføring mellom sykehus og kommune. Legene forteller at de ikke kan, per i dag, sende sine notater elektronisk og at det kjennes tungvint. Flere av informantene etterlyser et felles dokumentasjonssystem med sykehuset, men har innsett at dette mest sannsynlig ikke kommer til å skje.

«(..) Foreløpig så printer jeg ut et papir, og det er jammen ikke så enkelt det heller.» (Lege, sykehjem)

Flertallet av informantene mener at elektroniske løsninger vil bidra til å bedre samarbeidet mellom sykehjem og sykehus, men for at disse løsningene skal fungere kreves det grundig opplæring av personalet som skal bruke dette. Man får et inntrykk av at sykehjemmene jevnt over har gode rutiner for informasjonsoverføringen og at de sjelden mottar klager om mangler ved denne. Samtlige av sykehjemsavdelingene har dyptgående innkomstsamtaler når det kommer nye pasienter på sykehjemmene, og har i tillegg reserveløsninger med dokumenter om pasientene om de elektroniske løsningene skulle svikte.

5.3 Risikofaktorer

5.3.1 Sykehuspersonalet

Informantene i akuttmottaket gir uttrykk for flere faktorer som spiller inn på kvaliteten ved sykehusinnleggelse av eldre. Ett eksempel er tidspunktet for innleggelsen. Flere av informantene oppgir at innleggelse skjer lettere på kveld og natt da fastleger og sykehjemsleger ikke er inni bildet. De forklarer at terskelen for å legge inn pasienter er lavere hos legevakten, og begrunner det med at den aktuelle legen ikke kjenner pasienten fra før. I

stedet for å bli undersøkt og sendt i retur til sykehjemmet blir de ofte liggende og vente, med den konsekvens at helsetilstanden forverres.

«(..) Mye behandling kan gis ute i kommunen. Men dessverre er det så travelt her og så lite folk at disse gamle som ofte kanskje ikke er så akutt syke (..) Plutselig er tilstanden blitt forverret, de blir liggende og vente og vente og vente..(..)» (Lege, sykehus)

Flere av informantene nevner at det skjer flere innleggelses på kveldstid fordi bemanningen og kompetansen i sykehjemmene ofte er mindre da, i tillegg til at det er ukjente sykepleiere og vikarer på jobb. Ressurssterke og krevende pårørende blir også nevnt som en årsak til unødvendige innleggelses. Et par av informantene mistenker også at en del pasienter legges inn på sykehuset med mål om å få en sykehjemsplass. De har inntrykk av at sykehuset har lettere for å skaffe til veie sykehjemsplasser enn om pasienten er satt på venteliste i sin kommune.

«(..) En har vel et bedre press når en kommer inn på sykehus for å få dem ut eller få dem en annen plass (..)» (Sykepleier, sykehus)

Omstendighetene rundt innleggelsen synes å ha stor betydning for kvaliteten på innleggelsesforløpet skal vi tro informantene. De oppgir flere faktorer som kan påvirke kvaliteten på innleggelsen i negativ forstand. Som beskrevet tidligere har dokumentasjonen som medfølger pasienten stor betydning for måten pasienten blir tatt imot på, blant annet når det gjelder funksjonsnivå og medikamentrelaterte opplysninger. Mangelfulle opplysninger kan gi blant annet feilmedisinering, som igjen kan gi alvorlige konsekvenser. En annen risikofaktor som flere av informantene nevner er travelheten som ofte råder i akuttmottaket. Travelheten kan i en del tilfeller gjøre at viktige opplysninger blir glemt, noe som kan gå utover blant annet pasientsikkerheten. Muntlige beskjeder gitt grunnet manglende tid til skriftlig dokumentasjon kan bli glemt i neste ledd, noe som kan resultere i at en pasient kan ligge sterkt smertepåvirket eller ikke få for eksempel en nødvendig røntgenundersøkelse for å avdekke beinbrudd.

«(..) En vakt kan jo være fryktelig travel og det kan fort bli, altså ikke misforstå meg, men oversett ting (..). Du får en rapport og så er det kanskje ikke skrevet ned ofte, men så får du det bare muntlig at den har det greit eller at han er litt smertefull eller skal på røntgen og sånn og sånn. Så kan det fort skje at man putter det bak der, og så blir det avglemt da.» (Sykepleier, sykehus)

To av informantene forteller at travelheten iblant kan gjøre at man utfører et mer slurvete arbeid, eksempelvis ved dobbeltkontroller. Den ene forklarer at det skyldes mye folk og urolige omgivelser, og at det stadig er noen som står i kø for å rapportere videre. Dermed signerer man kanskje på noe uten å være helt sikker på hva man signerer på.

"I verste fall at det er feil behandling, at noen kan dø også, fordi de ikke får god nok behandling (...). Det synes jeg er alvorlig og jeg synes jo at vi som sykepleiere får ansvar for et stort antall pasienter. (...) Nå må vi passe på dobbelt så mange kanskje som vi egentlig bemanner for, og det klarer ikke vi å holde tilsyn med." (Sykepleier, sykehus)

Den ene informantene forteller at travelheten også iblant går utover kommunikasjonen med de eldre pasientene. Hun viser til at eldre ofte har både svekket syn og hørsel, og at de trenger lengre tid på å forklare ting. Denne tiden har man dessverre ikke alltid, forklarer informantene. En annen faktor som spiller inn her er mangelfull bemanning. Flere av informantene trekker fram nettopp bemanningen som en viktig risikofaktor. Sykepleierne blant informantene gir uttrykk for at de iblant har ansvar for et for stort antall pasienter. Hun forklarer at dette kan gå på bekostning av pasientsikkerheten til enkelte.

«(...) Hver enkelt sykepleier har kanskje tre-fire pasienter. Det kan være mange dårlige som gjør at man må stå inne hos den enkelte pasienten da over lengre tid, og da ikke får til å gå inn til andre man har og se at de har det greit.» (Sykepleier, sykehus)

Dette er en bekymring som går igjen hos flere av informantene. De gir uttrykk for at de ikke føler en kontroll over pasientene til enhver tid, spesielt om man har en pasient som er dårlig og trenger ekstra tilsyn. En av legene beskriver det samme:

«Det er samme bemanning hver dag og selvfølgelig er det noen dager vi har nok tid til alle pasienter (...). Men en dag så har man en pasient som er alvorlig og da bruker vi mer tid på den pasienten på bekostning av de andre (...).» (Lege, sykehus)

Plassmangel er også en faktor som blir nevnt av flere av informantene. De beskriver at sykehuset er for lite i forhold til pasientmengden. Akuttmottaket blir betegnet som en oppholdsplass. Pasientene kommer inn og blir liggende lenge fordi det ikke finnes ledige behandlingsrom. Dermed får ikke legene alltid mulighet til å ta innsamtale med pasienten den første tiden. De tilstreber å ta innsamtalene i egne rom av hensyn til taushetsplikten.

«Det er et problem. Triagen¹⁸ blir en sånn flaskehals, eller en sånn oppholdsplass, og det er ikke bra. (...) Problemet er at vi får ikke ledige rom inne til å ta imot dem, så har vi gjerne en turnuslege som sitter og venter på å ta imot, men han har ikke rom (...).» (Lege, sykehus)

Flere av informantene forteller også at det ikke bare er i akuttmottaket det er plassmangel, men også på sykehuset generelt. De opplever at det kan være svært utfordrende å få

¹⁸ Triage = Den delen av akuttmottak hvor hastegrad og prioritet vurderes ut i fra pasientenes sykdomstilstander.

pasientene videre til sengepost, og at det dermed hoper seg opp av pasienter i akuttmottaket. Dette fører igjen til mer ventetid for pasientene.

«Ja, her er det masse kø og det går jo, altså de ligger i Triagen, og så kommer de ikke inn her, så er det krangel ofte om å få pasienten videre til post, og det er ingen som vil ha ham.» (Lege, sykehus)

Lang ventetid for pasientene er et resultat av de allerede beskrevne risikofaktorene. Pasientene blir liggende lenge, gjerne alene, mens de venter på legetilsyn og på å komme til sengepost. Flere av informantene beskriver eldre pasienter generelt som tålmodige og beskjedne. På grunn av travelhet og mangelfull bemanning beskriver blant annet en av sykepleierne at det lett kan bli slik at pasientene som skriker høyest får mest oppmerksomhet, kontra pasientene som tier.

«(..) Mange gamle skal klare seg selv og kvir seg for å spørre om hjelp. Så skjer det som skjer.» (Lege, sykehus)

En annen informant forklarer ventetiden med at de eldre som kommer inn med en mindre kritisk tilstand blir prioritert til en lavere hastegrad for helsehjelpen, og dermed blir liggende lenge og vente. Det blir ytret en bekymring for at ventetiden kan gi en risiko for forverring i helsetilstanden til pasientene, spesielt med tanke på infeksjonspasienter og pasienter med KOLS-forverring. Skjer det noe akutt, eksempelvis hjertestans, havner de stadig lengre bak i køen.

«(..) De blir jo ofte liggende og vente. De blir liggende alene. (..) Vi er ikke alltid like flinke til å se de som ligger helt stille. Kanskje er de sultne eller må tisse. Noen gir tydelig uttrykk for det, andre er ikke like tydelige.» (Sykepleier, sykehus)

På spørsmål om hvilke tidspunkt i løpet av en uke som er mest risikofylte med tanke på sykehusinnleggelse er informantene noenlunde samstemte. Helger, kvelder og netter er svarene som umiddelbart kommer, og det begrunnes primært med lavere bemanning. En annen årsak som nevnes er at innleggende lege på kvelds- og nattestid ofte har lavere terskel for å legge pasientene inn, grunnet manglende tilgang til pasientens medisinske liste og bakgrunnsopplysninger.

«Det er om kveldene og nettene. (..) For det første så er det ikke nok folk til å passe på alle disse menneskene, for de skal jo sove i utgangspunktet, men vi vet at de gamle har veldig forstyrret døgnrytme.» (Lege, sykehus)

Én av informantene trekker også fram sommerferien som en risikabel periode da det er mange sommervikarer, samt at noen avdelinger stenges ned og pågangen av pasienter øker på postene som er åpne. Av ukedagene blir mandager og fredager nevnt som spesielt travle og

dermed mer risikofylte. Den ekstra pågangen på mandager mener informantene skyldes at pasientene har kommet seg til fastlegen etter å ha vært i dårlig form i helgen og legges inn derfra.

«(..) Hvis du kommer inn på en mandag ettermiddag og det er bare kø på kø på kø, så vet vi jo at det blir voldsomt lenge å vente.» (Sykepleier, sykehus)

Det er tydelig at risikofaktorene som er nevnt henger sammen og i stor grad påvirker hverandre. Informantene gir et inntrykk av at avdelingen generelt er travel, men at det i blant er rolige dager også. Sykepleierne er de blant informantene som synes å plages mest av travelheten og personalmangelen, og dette begrunnes med at de iblant har en følelse av å miste kontrollen over alle pasientene, og at dette gjør dem engstelige.

5.3.2 Sykehjemspersonalet

I likhet med sykehuspersonalet opplever helsepersonalet i sykehjemmene at det ofte kan råde en travelhet i avdelingen, og at denne kan få negative konsekvenser. Travelheten kan, ifølge informantene, i mange tilfeller føre til hastverksarbeid. De innser at dette kan gå utover pasientsikkerheten. Det beskrives at det i løpet av arbeidsdagen kan skje mange ting på en gang og at det skal litt til for å holde styr på alt som skjer, spesielt om det skjer noe ekstraordinært, som for eksempel en sykehusinnleggelse.

«(..) Det skjer mye. Det ringer mange telefoner, det er mange henvendelser på døren. Så du kan ha en god tanke om at det skal du gjøre, «nå skal jeg skrive det», så ringer det noen, så må du ta den. Så tenker du, skriver du på en lapp at «det skal jeg gjøre», men så forsvinner lappen når du måtte reise deg for å ta en alarm, så har den glippet. For det er en avdeling med mye som skjer.» (Avdelingssykepleier, sykehjem)

Travelheten kan, slik den forrige informanten forteller, gå utover blant annet dokumentasjonen. Her er det mest sykepleierne som føler at det er utfordrende. De begrunner det med at de ved en sykehusinnleggelse både har ansvar for pasientens ve og vel, samtidig som at de skal samarbeide med legen og stå for informasjonsoverføringen til sykehuset innen rimelig tid.

«Det som er er at skriving.. Det tar så lang tid og når vi har det så travelt, og man må veldig fort få gjort dette, ikke sant, før papirene skal inn. Så det er det vi stresser med.» (Sykepleier, sykehjem)

Én av informantene beskriver at hastegraden i stor grad avgjør risikoen ved sykehusinnleggelsen. Her spiller tidspunktet ifølge henne en stor rolle. Av tidspunkt som er ekstra sårbare med tanke på sykehusinnleggelse blir kvelder, netter og helger nevnt. Én

informant nevner også røde dager, eller helligdager, som ekstra risikofylte.

Hovedbegrunnelsen for de ekstra sårbare tidspunktene er ifølge flere av informantene bemanningssituasjonen. To av tre sykehjem har lavere bemanning i helger og på kvelder og netter. Det tredje sykehjemmet har såkalt «flat bemanning», men har lavere fagdekning de nevnte tidspunktene. Avdelingssykepleierne på alle de tre sykehjemmene forteller om lavere fagdekning, blant annet i form av sykepleiere, spesielt i helgene.

«Spesielt helger. Da er vi lite folk. I helgene kan det være én sykepleier på en avdeling med 40 pasienter.» (Sykepleier, sykehjem)

Som nevnt tidligere opplever også noen av informantene at innleggelsene som skjer på kvelds- og nattetid som mindre gjennomtenkte, grunnet innleggende leges manglende bakgrunnskunnskaper om den enkelte sykehjemspasient. Én av legene forteller også at helgene er spesielt kinkige med tanke på sykehusinnleggelse, da hun vet at det for eksempel på fredager er svært mye kø i akuttmottak, og at det fort blir mye ventetid, noe hun anser som lite gunstig for pasienten. Personlig egnethet er av et par av informantene nevnt som faktorer som påvirker situasjonen rundt en eventuell sykehusinnleggelse. Én av informantene legger ikke skjul på at det varierer i hvor stor grad ulikt helsepersonell bryr seg.

«(..) Det er jo klart at det er verre å bli akutt syk en lørdag kveld enn det er på en tirsdag formiddag på en måte. Alt etter hvem som er på jobb (..). Perioder med lite bemanning.» (Lege, sykehjem)

Språk og kultur er andre faktorer som spiller en rolle i de tre sykehjemmene. Samtlige er representert ved mange ulike nasjonaliteter, språk og kulturer. Dette er sett på som en stor styrke på noen områder, men det medfører iblant også utfordringer, spesielt med tanke på kommunikasjon. Flere informanter forteller om en tidvis språkbarriere. Én av avdelingssykepleierne forklarer at det i mange tilfeller skyldes utfordringer i forbindelse med rekruttering av norske sykepleiere. Én av informantene, som selv er fra et annet land, beskriver følgende:

«Det er jo forskjellige folk, kulturer, det kan være språk. Det kan hende at man misforstår, det kan skje. Der kan jeg også gjøre feil.» (Sykepleier, sykehjem)

Det som går igjen hos samtlige informanter blant sykehjemspersonalet er at de tilstreber å unngå sykehusinnleggelse. De tenker at det i veldig mange tilfeller er best for sykehjemspasientene å forbli på sykehjemmet, og tilbyr eventuell behandling der. Dette begrunnes med at sykehjemspasienter generelt er svakere, har komplekse sykdomstilstander og i mange tilfeller demenssykdommer, som gjør dem veldig sårbare for overføring til nye omgivelser.

«Mange vil være her. For da er de her. De kjenner oss, de kjenner legene.»
(Avdelingssykepleier, sykehjem)

Flere av informantene forteller at de har opplevd at sykehjempasientene har fått delir¹⁹ når de har blitt innlagt, og at dette har gjort tilstanden verre for pasienten. Beboernes egne ønsker spiller en viktig rolle her. Legene blant informantene forteller at de tar høyde for dette når de vurderer innleggelse, og sier at det er mange av de eldre som ønsker å slippe å bli innlagt på sykehuset. Både sykepleierne og avdelingssykepleierne forteller at de i mange tilfeller kan tilby like god omsorg og pleie på sykehjemmet, som på sykehuset, om pasienten skulle ønske å bli på avdelingen.

¹⁹ Delir = Forvirringstilstand

6.0 Diskusjon

Funnene i denne studien viser at informantene ansatt både i sykehus og i sykehjem har erfaring med sykehusinnleggelse av eldre, og at de anser eldre som en ekstra kompleks og sårbar pasientgruppe.

Blant sykehuspersonalet er et av hovedfunnene at opplevelsen av travelhet, plassmangel og personalmangel går på bekostning av kontroll og oversikt, noe helsepersonalet beskriver at svekker pasientsikkerheten, og videre kvaliteten, på helsehjelpen. Tidspunktet for sykehusinnleggelsen har betydning for kvaliteten av denne, og ekstra sårbare tidspunkt er kvelder, netter og helger. Denne delen av utvalget har svært lite kunnskaper om Samhandlingsreformen vedrørende sykehusinnleggelse, og har videre liten eller ingen kjennskap til samhandlingsarenaer etablert mellom sykehus og kommune. Flertallet beskriver at intensjonen bak reformen er god, men at det er skjedd en økning av innleggelser og reinnleggelser etter at denne trådte i kraft. Skriftlig dokumentasjon, enten elektronisk eller i papirform, er det eneste kontaktpunktet sykehuspersonalet beskriver at de har med kommunene. De forteller videre at det ikke legges spesielt til rette for tverrprofesjonelt samarbeid i avdelingen, men at samarbeidet som oftest fungerer godt likevel.

Blant sykehjemspersonalet gjelder omhandler flere av funnene i studien dokumentasjon. Man får et inntrykk av at man har opparbeidet seg god oversikt over de gjeldende dokumentasjonskravene. Innføringen av løsninger for elektronisk informasjonsoverføring har blitt mer eller mindre implementert i sykehjemmene, og flertallet av informantene har tatt disse i bruk, til tross for noe skepsis blant enkelte. Kunnskapene om Samhandlingsreformen er også her noe mangelfulle. Noen få i denne delen av utvalget har derimot deltatt på arenaer for samhandling med sykehuset, og kontakten og kommunikasjonen med sykehuset beskrives som velfungerende. Generelt er det en oppfatning om at sykehjempasientene på grunn av komplekse helsetilstander har best av å slippe sykehusinnleggelse i de tilfeller det lar seg gjøre, og de tilstreber å ta vare på dem i kjente omgivelser. Ekstra risikofylte tidspunkt for sykehusinnleggelse er, slik som på på sykehuset, kvelder, netter og helger. Dette begrunnes i redusert bemanning og hvem som er innleggende lege. Man får inntrykk av at det tverrprofesjonelle samarbeidet jevnt over fungerer godt.

Jeg skal i dette kapittelet av oppgaven ta for meg tre tema som jeg har valgt ut med grunnlag i sentrale funn fra studien. Temaene går ut på informasjonsoverføring, kontekstens betydning

for sykehusinnleggelsen, og hvorvidt en sykehusinnleggelse er til det beste for den eldre og skrøpelige pasienten. Jeg vil i det følgende diskutere funnene i lys av studiens teoretiske rammeverk.

6.1 Informasjonsoverføringens betydning

Ifølge Øgar og Hovland (2004) spiller informasjonsoverføringen en stor rolle for kvaliteten på helsehjelpen. Dette stemmer også overens med studien gjort av LaMantia et al (2010).

Innholdsaspektet i kontinuitet som Lindencrona (1987) beskriver har betydning for dokumentasjonen og informasjonsoverføringen som skjer ved en sykehusinnleggelse fra en sykehjemsavdeling. For at informasjonsoverføringen skal være optimal kreves det en viss grad av kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonalet i sykehjemsavdelingen og helsepersonalet som mottar pasienten. Informantene i studien forteller at informasjonsoverføringen ofte er det eneste kontaktpunktet de har på tvers av sykehus og sykehjem.

Hva helsepersonalet i akuttmottaket mottar av informasjon om pasienten er avgjørende for ivaretagelsen av pasienten som blir tatt imot. Hva som er dokumentert, og ikke dokumentert, er ifølge Lindencrona (1987) av vesentlig betydning for kontinuiteten i omsorgen. Her kan også den normative bæreren spille en rolle. Hva som regnes som den mest tungtveiende oppgaven ved en akutt sykehusinnleggelse kan variere fra institusjon til institusjon og fra person til person (Strandos, 2014). Mens én sykepleier vektlegger å være tilstede for pasienten, vil en annen kanskje delegere denne oppgaven til en kollega, for så å prioritere å skrive en god og helhetlig sykepleieoverføring. De aller fleste av informantene i studien vektlegger informasjonsoverføringen ved sykehusinnleggelse, og er opptatt av at denne skal være god. Én trekker fram at man på det aktuelle sykehjemmet er tydelig på rolle- og oppgavefordeling innad i avdelingen, og at dette frigir den ansvarshavende sykepleieren slik at vedkommende kan prioritere dokumentasjon ved en akuttinnleggelse. Dette er også i tråd med den normative bæreren og organisasjonens, altså sykehjemmets, etablerte normer, verdier og forventninger. Man kan også trekke inn den kulturelt-kognitive bæreren som danner grunnlag for "sosial orden" i sykehjemmet og som gjør rollene tydeligere på grunnlag av felles tankesett (Strandos, 2014). Her kan det også trekkes linjer til Chassins (2013) tanker om betydningen av at hvert enkelt helsepersonell kjenner sin rolle i systemet.

Hva som vektlegges som relevant og nødvendig informasjon ved en sykehusinnleggelse synes ikke å variere noe særlig på tvers av sykehjemspersonale og sykehuspersonale i studien. Til tross for at det for sykehuspersonalet helt tydelig er nødvendig med korrekte og oppdaterte medisinske opplysninger om pasienten, kommer det frem at de ved mottak av mangelfulle opplysninger om pasientens funksjonsnivå og habitualtilstand kontakter sykehjemmene for å etterlyse slik informasjon. På denne måten får man inntrykk av at sykehuspersonalet arbeider etter den samme helhetlige omsorgstekningen som sykehjemspersonalet, noe som delvis strider imot Halvorsens (2005) tanker om sykehuspersonals tendenser til et mer reduksjonistisk tankesett. På den andre siden er helhetlig informasjon nødvendig for at sykehuspersonalet skal kunne ivareta den skrøpelige pasienten på alle plan, men helsehjelpen vil ikke alltid tilpasses den enkelte pasients situasjon i samme grad som sykehjemspersonalet gjør dette. En studie utført av Netteland og Naustdal (2014) viser at konsekvensene av manglende pleieinformasjon på tvers av forvaltningsnivå synes å være undervurdert, spesielt innen forskning.

Når det gjelder elektronisk informasjonsoverføring er dette ønskelig hos flertallet av informantene i studien. Her kan man trekke inn den regulative bæreren, da det ifølge delavtalen om sykehusinnleggelse er påkrevd at informasjonsoverføringen skjer i elektronisk format der det er tilrettelagt for dette (Strandos, 2014). På tidspunktet for intervjuene som ble utført med sykehjemspersonalet var det i stor grad tilrettelagt for elektronisk informasjonsoverføring, og dermed oppstår det, med grunnlag i delavtalen, en underliggende forventning om at disse løsningene tas i bruk. I de aller fleste tilfellene ble også dette gjort, men enkelte av informantene gir uttrykk for en viss skepsis relatert til denne formen for informasjonsoverføring. Skepsisen, slik jeg oppfattet den, hadde grunnlag i mangelfulle kunnskaper om de elektroniske løsningene og ønsket om grundig opplæring var tilstedeværende hos flere av informantene. Opplæring og kompetanseheving er her essensielt. Dette er i tråd med hva Tjora og Melby (2013) skriver om en helseinstitusjons ansvar for kunnskapsutvikling for sine ansatte. Både kompetansen og de teknologiske virkemidlene kan, slik Bukve og Kvåle (2014) skriver, være med å avgjøre kvaliteten på helsehjelpen. På den andre siden nytter det ikke å ha bare én av delene. Har man tilgang til løsninger for elektronisk informasjonsoverføring vil man, mest sannsynlig, ikke ha forutsetninger for å ta disse i bruk om man mangler opplæring på området. På samme måte vil opplæring knyttet til elektronisk informasjonsoverføring være bortkastet om man ikke har tilgang til disse løsningene. Man må også være oppmerksom på at man innenfor ulike profesjoner, deriblant

sykepleie, har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert både innenfor forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor sitt funksjonsområde (Norsk Sykepleierforbund, 2014). Informantene blant sykehjemspersonalet i studien gir uttrykk for at elektroniske løsninger bidrar til at informasjonsoverføringen blir tryggere og mer effektiv, samt at det gir en kvalitetssikring, da informasjon ikke forsvinner underveis, eksempelvis under transporten til sykehuset. Dette samsvarer med funn i studien utført av Netteland & Naustdal (2014) som viser at det i mange tilfeller går tapt skriftlig dokumentasjon i papirform i overføringer mellom forvaltningsnivå. Den samme studien viser at informasjonsoverføringen i hovedsak skjer på denne måten. Dette stemmer derimot ikke overens med funnene i min studie, hvor man får inntrykket av at mesteparten av informasjonsoverføringen her sendes via elektroniske løsninger. Flere blant sykehuspersonalet ser derimot fordeler med å motta informasjonen i papirformat grunnet tidvis manglende tilgang på datamaskiner.

Flere av informantene blant sykehjemspersonalet etterlyser et felles dokumentasjonssystem på tvers av sykehus og kommune. Institute of Medicine (2001) mener at informasjonsteknologi burde spille en viktigere rolle i kvalitetforbedringsarbeidet i helsetjenesten, og at denne kan være med på å gjøre omsorgen mer pasientsentrert. Internettbaserte kommunikasjonssystemer anses av dem som nyttige i denne sammenhengen, men blant utfordringene som kan oppstå er brudd på personvern og konfidensialitet. Helsedirektoratet (2011) har i sin handlingsplan en målsetning om større utbredelse av elektronisk informasjonsutveksling mellom kommunale helsetjenester og deres samarbeidspartnere, og tittelen på dette programmet var Meldingsløftet. Norsk Helsenett (2014) skriver imidlertid at målet er at man innen 2015 har elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, sykehus og fastleger.

Programleverandørene skal innen da være godkjente og ha oppdaterte versjoner av de ulike e-meldingene etter Helsedirektoratets standarder. Med andre ord kan det se ut som om informantene får det slik de ønsker etter hvert. En målsetning i Samhandlingsreformen er at elektronisk kommunikasjon skal bli den "normale" måten å kommunisere når det gjelder IKT-utvikling innenfor helse- og omsorgstjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Likevel avdekker forskning at informasjonsoverføringen i mange tilfeller er mangelfull ved sykehusinnleggelse, blant annet studier gjort av Næss (2008) og Stavang (2008). Informanter blant sykehuspersonalet forteller imidlertid at sykehjemmene stadig blir flinkere til å sende med korrekt og utfyllende informasjon om pasienten. Sykehjemspersonalet gir på sin side uttrykk for at de etter hvert som de blir komfortabel med de elektroniske løsningene for

informasjonsoverføring synes denne prosessen går lettere. Det går med andre ord i riktig retning.

6.2 Konteksten rundt sykehusinnleggelsen

Omstendighetene rundt en sykehusinnleggelse kan variere mye med tanke på flere faktorer skal man tro informantene i studien. Travelheten som er nevnt både blant sykehuspersonalet og sykehjemspersonalet får man inntrykk av påvirker innleggelsessituasjonen i stor grad. Denne travelheten er mest uheldig i akuttmottak hvor pasienten er i ukjente omgivelser, og ifølge sykehuspersonalet, ofte tilbringer mye tid alene. Denne bekymringen deler sykehjemspersonalet, da de føler seg utrygge på at deres sykehjemspasienter får den omsorgen og det tilsynet de har behov for i et kaotisk akuttmottak. Dette stemmer overens med hva sykepleierne blant sykehuspersonalet forteller om i forbindelse med tidvis manglende oversikt og kontroll over alle pasientene til enhver tid. Travelheten begrunnes av informantene både i sykehus og i sykehjem blant annet med mangelfull bemanning. Hofseth & Norvoll (2003) har utført en studie om utfordringer i kommunehelsetjenesten. Funn fra studien viser at sykehjemsansatte sykepleiere ikke følte de kunne ivareta sykehjemspasientene på en kvalitetsmessig og forsvarlig måte, nettopp på grunn av lav grunnbemanning og lav sykepleiedekning. Bemanningssituasjonen kan knyttes opp mot hva Orvik (2004) skriver om at manglende tid og ressurser kan gå på bekostning av den helhetlige pasientomsorgen. Dette stemmer godt med hva sykepleierne i sykehuset forteller vedrørende manglende tid til å sette seg inn i den enkelte pasients situasjon, og høre hvilke ønsker vedkommende har. Her er det ikke nødvendigvis kun lav bemanning som spiller inn, men også måten arbeidet er organisert på innad i helseinstitusjonen (Orvik, 2004).

Man er avhengig av at organisasjonsmedlemmene, altså de ansatte innenfor og på tvers av institusjoner, har en viss forståelse for hverandre og hverandres arbeid. Dette er også med på å danne grunnlag for det tverrprofesjonelle samarbeidet som man har både i sykehus og i sykehjem (Bukve & Kvåle, 2014; Melby, Hellesø & Wibe, 2010). Er det derimot manglende struktur i organiseringen, kan det gi organisasjonsmedlemmene rom til individuelle vurderinger og handlingsvalg, noe som også kan ha noe å si for hvordan arbeidet utføres og hvilke prioriteringer det enkelte helsepersonell gjør i en travel arbeidsdag (Strandos, 2014). Det kan med andre ord være slik at selv om det er formelle rammer rundt arbeidet, så kan de

ulike aktørene styre aktiviteten i andre retninger enn systemet er lagt opp til (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Tidspunkt for sykehusinnleggelsen har ifølge informanter både i sykehus og sykehjem mye å si for kvaliteten. De mest sårbare tidspunktene synes å være helger, kvelder og netter, samt helligdager. Årsakene synes, også her, å være relatert til bemanningssituasjonen, da man på slike tidspunkt har redusert bemanning i forhold til for eksempel på dagtid i ukedager. Dette samsvarer med funnene i Hofseth & Norvolls (2003) studie som viser at bemanningssituasjonen på ubekvemme vakter kan føre til manglende oversikt og risikofylte situasjoner. De eksemplifiserer dette med at akuttsituasjoner kan oppstå uten at de blir oppdaget, og at det går for lang tid før det blir utført akutt helsehjelp, noe som kan gi alvorlige konsekvenser.

Selv om den nevnte studien til Hofseth & Norvoll (2003) primært omhandler sykehjem mener jeg at man også kan trekke linjer til akuttmottaket i min studie, da spesielt sykepleierne forteller om nettopp tapet av oversikt og kontroll relatert til bemanning og travelhet. Dersom en akuttsituasjon skulle oppstå kan man, i likhet med i en sykehjemsavdeling, risikere at kliniske observasjoner ikke blir gjort. Da er man avhengig av at personalet har kunnskaper og erfaring til å oppfatte symptomer og tegn på eksempelvis forverring av tilstanden til en pasient. I Hofseth & Norvolls (2003) studie vektlegges viktigheten av slike kvalifikasjoner blant personalet. Man kan ha tilstrekkelig bemanning, men dersom det ikke er et tilstrekkelig og relevant kunnskapsnivå blant dem, gir det ikke ønsket kvalitet. En løsning kan være å vurdere hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige om man skulle øke bemanningen. Sykepleierne blant sykehuspersonalet gir uttrykk for et tap av oversikt. Da den eldre pasientgruppen ofte har et økt pleiebehov og trenger tilsyn, men ikke nødvendigvis sykepleiefaglig hjelp, kunne kanskje en helsefagarbeider, eventuelt med videreutdanning innenfor eldreomsorg, gjøre denne jobben. Dette er forslag som er drøftet flere steder, deriblant i en kvalitativ studie gjort av Universitetet i Oslo om fagskoleutdanninger (Kårstad, Herst, Rullestad, & Røer, 2013). Dersom bemanningssituasjonen henger sammen med kostnadseffektiviteten som Orvik (2004) beskriver preger både helseforetak og kommune, vil det trolig være mer lønnsomt å ansette en helsefagarbeider med videreutdanning enn en sykepleier. En studie gjort av Hayes & Ball (2012) viser imidlertid at det er vanskelig å vurdere bemanningsbehovet da antallet pasienter og deres grad av hjelpebehov kan variere fra dag til dag. Dette stemmer overens med det informantene forteller om i forbindelse med mindre travle arbeidsdager i akuttmottak.

Et annet forhold som er nødvendig for å kunne utøve sykehusinnleggelser med høy kvalitet, er tilstrekkelige norskkunnskaper, både skriftlig og muntlig. Informantene i min studie, spesielt sykehjemspersonalet, forteller om en språkbarriere som kan føre til misforståelser og risiko. Dette samsvarer med funnene i studien til Netteland & Naustdal (2014), som skriver at mangelfulle språkkunnskaper og kulturelle ulikheter kan være med på å gi merarbeid, samt redusere pasientsikkerheten. Faren med dette har også Helsetilsynet understreket i sine rapporter (Helsetilsynet, 2008; Helsetilsynet, 2011). Utfordringen her, slik noen av avdelingssykepleierne i sykehjem forklarer, er vanskene med å skaffe til veie arbeidskraft, deriblant sykepleiere, med tilstrekkelig gode norskkunnskaper. Kravet om bestått obligatorisk norskundervisning viser seg ikke alltid å være nok, og sykehjemmene forsøker å legge til rette for god opplæring internt.

6.3 Sykehusinnleggelse til det beste for den eldre skrøpelige pasienten?

Sykehusinnleggelse innebærer en fysisk overflytning fra det kjente miljøet i sykehjemmet til et mer ukjent og, for den eldre, et mange ganger overveldende miljø. Dersom denne overføringen skal finne sted bør den gjøres på mest mulig smidig måte for å gi den eldre pasienten en myk overgang. Dette er i tråd med hva Lindencrona (1987) beskriver som kontinuitet i omsorgen på tvers av ulike nivåer av omsorg og ulike omsorgsinstitusjoner, med andre ord det organisatoriske nivået av kontinuitet. I dette legger jeg at den eldre pasienten blir tatt hånd om på alle stadier i overføringen, fra sykehjemmet, i transporten og inn til sykehuset. Kontinuiteten som Lindencrona (1987) viser til, anser jeg som svært viktig for hvordan den eldre skrøpelige pasienten tåler og blir ivaretatt i hele innleggelsesprosessen. En overføring preget av kontinuitet kan, slik jeg ser det, være med på å forebygge, eller i det minste redusere, faren for forvirringstilstandene til de eldre som enkelte av informantene i studien beskriver som hyppige ved sykehusinnleggelser. Her kan man trekke linjer til studien utført av Toles et al (2013) som skriver at sykehusinnleggelse fra sykehjem, og overføringer i helsevesenet generelt, forstyrrer sykehjemspasientens dagligliv og gir økt fare for uønskede hendelser, eksempelvis fall. Dette stemmer også overens med funn i Mella et al (2009) og Brand et al (2011) sine studier som omhandler forebygging av uønskede hendelser ved sykehusinnleggelse av eldre. Også flere av informantene blant sykehuspersonalet forteller om uønskede hendelser relatert til forvirringstilstander når eldre legges inn i akuttmottak. Dette er i tråd med funn gjort i studien utført av Hayes & Ball (2012), som skriver at om lag 20-30%

av eldre som legges inn i medisinske avdelinger i England går inn i en forvirringstilstand. Dette er i tillegg til at bortimot en fjerdedel av sykehussengene hadde pasienter med kognitiv svikt og demenssykdommer (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Alzheimer's Society, 2009). Dette stemmer godt overens med hva informantene i min studie, spesielt de sykehjemsansatte, forteller om den høye forekomsten av demenssykdommer blant deres sykehjemspasienter, og hvordan dette gjør dem ekstra sårbare.

Flere av de sykehjemsansatte i studien er tydelige på at en eventuell sykehusinnleggelse bør være nøye gjennomtenkt. Dette begrunner de med at sykehjemspasienter generelt er multisyke og sårbare for endringer i omgivelsene. Funn i en studie utført av Bollig, Husebø & Husebø (2008) viser at kompetanse innenfor sykehjemsmedisin er svært viktig når beslutninger vedrørende sykehusinnleggelse skal tas. Denne kompetansen, samt kjennskap til sykehjemspasienten og dennes pårørende, vil være med på å avgjøre kvaliteten på helsehjelpen som utøves. Dette strider på enkelte områder imot bruken av sykehjemslegevakt og legevakt som er beskrevet av informantene både i sykehus og sykehjem. Innleggelsene som skjer når de faste sykehjemslegene er gått av vakt beskrives som mindre gjennomtenkte fra begge ståsted, og begrunnes med nettopp manglende kjennskap til den enkelte sykehjemspasient.

Bollig et al (2008) legger ikke skjul på at mange unødvendige sykehusinnleggelser finner sted, og at det i mange tilfeller påfører sykehjemspasientene unødig belastning. De mener at det beste, i mange tilfeller, vil være å tilby akutt behandling på det aktuelle sykehjemmet. Dette er i tråd med Haug et al (2009) sin studie som vektlegger at man i stedet for unødvendige og belastende sykehusinnleggelser heller legger til rette for behandling i sykehjemsavdelingen. Det samme blir foreslått i studien til Morris et al (2013). Forøvrig stemmer dette også overens med en av Samhandlingsreformens målsetninger, nettopp at kommunene i større grad skal bidra med tilbud som kan forhindre sykehusinnleggelser. Her er kommunale lokalmedisinske sentre foreslått som alternativ. Multisyke eldre er blant pasientgruppene som nevnes som aktuelle for et slikt tilbud (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). Til tross for at dette kan være et godt tilbud vil det likevel innebære en overføring for den eldre skrøpelige pasienten, noe som kan, slik jeg ser det, gi det samme utfallet som en sykehusinnleggelse.

I takt med kommunenes økte ansvar for sine innbyggere kan det oppstå andre utfordringer. Pasienter blir raskt meldt utskrivingsklare, og kommunen er pliktig til å stille opp med et passende tilbud. Kan ikke kommunen ta imot, innføres det sanksjoner i form av bøtelegging

allerede fra første døgn etter at pasienten er meldt utskrivingsklar. Her kan man igjen trekke inn den regulative bærereren, ved at sanksjonene som innføres har en tvingende effekt på kommunen (Strandos, 2014). Informantene i studien forteller at pasienter som utskrives fra sykehus generelt er sykere og svakere enn før, og at en konsekvens av dette er reinnleggelser. Man får inntrykk av at utskrivelse og overføring til kommunale hjelpetiltak skjer noe for tidlig, og at behandlingen som gis ute ikke er tilstrekkelig for at pasienten kommer tilbake til sin habitualtilstand. Dette kan med andre ord gi grunnlag for reinnleggelser, som blir en ytterligere påkjenning for den eldre skrøpelige pasienten. Da kan det også bli slik at pasienten blir "dyrere" både for sykehus og kommune, enn vedkommende i utgangspunktet hadde blitt med noen dager ekstra på sykehuset. Dette stemmer godt overens med den ene informantens uttalelse om at for tidlige utskrivelser og reinnleggelser ikke bare resulterer i påkjenninger for pasienten, men også kan føre til større utgifter i helsevesenet. Man kan kanskje se det slik at det blir gjort forsøk på økonomisk sparing som ender med tap.

Er det derimot slik at sykehjemspasienten skal forbli i sykehjemsavdelingen ved en akutsituasjon kreves det kompetanse blant personalet, deriblant kunnskaper om for eksempel palliativ²⁰ behandling og pleie ved livets slutt. Haug et al (2009) ser betydningen av kursing og videreutdanning av helsepersonell i sykehjem. Dette er også i tråd med kompetansehevingen som Bollig et al (2008) anser som nødvendig innenfor sykehjemsmedisin, spesielt blant sykehjemslegene. Helseinstitusjonene vil også her, ifølge Tjora & Melby (2013) ha et ansvar for kunnskapsutvikling blant sine ansatte. Kompetanseheving innenfor den kommunale legetjenesten er enda en målsetning man finner i Samhandlingsreformen. Her legges det også vekt på at fastlegers og legevaktslegers kliniske kompetanse og vurderingskompetanse bør styrkes (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Flere av informantene blant sykehjemspersonalet forteller at de opplever at sykehusinnleggelser iblant fører til forverring av tilstanden, og at de tilstreber å la sykehjemspasienten forbli på sykehjemmet i den grad det lar seg gjøre. Dette samsvarer med funn fra studien utført av Piraino et al (2012) som understreker at eldre er en gruppe som er ekstra utsatt for uønskede hendelser grunnet økt sårbarhet. Med i vurderingen om sykehusinnleggelse spiller ifølge informantene også sykehjemspasientens egen vilje inn. Dersom sykehjemspasienten er klar og orientert blir det tatt høyde for vedkommendes ønsker i den aktuelle situasjonen. Dette samsvarer med en studie utført av Heskja (2007) som skriver

²⁰ Palliativ = Lindrende

at sykehjemspasienter i en del tilfeller blir spurt om hva de ønsker, men at beslutningen i de helt akutte tilfellene blir overlatt til helsepersonell og pårørende, da sykehjemspasienten i denne situasjonen ofte ikke er i stand til å gjøre rede for egne ønsker. Hun vektlegger betydningen av å, i forkant av akuttsituasjoner, ha avklart med pasient og pårørende hva som er aktuelt å gjøre om en slik situasjon skulle oppstå. Enkelte av informantene i min studie forteller at de har retningslinjer for nettopp dette i forbindelse med inntakssamtale med pasient og pårørende, samt jevnlig oppfølgingssamtaler. Det kommer også fram at mange eldre sykehjemspasienter ønsker å bli i sykehjemsavdelingen i kjente omgivelser med kjent personale.

Sykehjemslegene forteller at de har stor tiltro til sykepleierne og at de stoler på deres dømmekraft dersom det skulle oppstå en kritisk situasjon i sykehjemsavdelingen. Man er da avhengig av at sykepleierne benytter faglig skjønn i sine vurderinger, da det kan oppstå etisk vanskelige situasjoner som må hankses med (Slettebø, 2002). Likevel er det, slik jeg ser det, den eldre som bør ha det siste ordet når det skal besluttes hvorvidt vedkommende skal legges inn på sykehus eller ikke, spesielt i de situasjoner hvor man risikerer en forverring av tilstanden, eller i verste fall død, på grunn av påkjenningen det medfører for den eldre skrøpelige sykehjemspasienten. På den andre siden vil man, ved å begrense sykehusinnleggelsene fra sykehjem, ikke bare skåne den eldre skrøpelige sykehjemspasienten for ekstra belastning, men man vil også gjøre sykehussengene tilgjengelige for andre prekære behandlingstrengende tilfeller hvor sykehusinnleggelse er uunngåelig. I mange tilfeller vil det være i tråd med LEON-prinsippet²¹ (Øgar & Hovland, 2004). Denne omsorgen og behandlingen kan, slik jeg ser det, tilbys dersom man har tilstrekkelig kompetanse og personell i sykehjemmene.

²¹ LEON = Laveste Effektive Omsorgs Nivå

7.0 Konklusjon og implikasjoner

Jeg skal i dette siste kapittelet av oppgaven oppsummere hovedfunnene fra studien ved å besvare forskningsspørsmålene hver for seg, og vil på denne måten også besvare min problemstilling. Jeg vil så gjøre rede for hvordan mine funn kan ha implikasjoner for praksis og behovet for videre forskning på området.

7.1 Svar på forskningsspørsmålene

1. Hvordan beskriver helsepersonell samhandlingen mellom sykehus og kommune i forbindelse med sykehusinnleggelse av eldre?

Denne studien viser at informantene i liten grad opplever samhandling på tvers av sykehus og sykehjem, og at det veldig sjelden skjer kommunikasjon på tvers av disse, med mindre noe viser seg å være mangelfullt, eksempelvis ved informasjonsoverføringen. I den grad informantene har kontakt med helsepersonell i den andre enden av overføringen får man inntrykk av at samarbeidet og kommunikasjonen er god. Studien viser også at det er lite kjennskap til, og kunnskap om, samhandlingsarenaer etablert mellom sykehus og kommune i begge delene av utvalget, men ønsket om å delta på slike arenaer er tilstedeværende. Den tverrprofesjonelle samhandlingen innad i institusjonene fungerer for det meste godt. Man finner at samhandling er nødvendig for å oppnå god kvalitet i overføringen fra sykehjemmet til sykehuset, spesielt med tanke på kontinuitet. Er ikke overføringen preget av samordning og koordinering vil den ikke være av fullverdig kvalitet (Helsedirektoratet, 2011).

1. Hvordan opplever helsepersonell informasjonsoverføringen i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?

Studien viser at informasjonsoverføring har høy prioritet blant informantene i utvalget, og denne blir lagt stor vekt på i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre pasienter. Samtlige anser viktigheten av at informasjonen som formidles er helhetlig, korrekt og oppdatert, og det er en felles oppfatning av hvilke alvorlige konsekvenser mangelfull informasjonsutveksling kan få for pasienten og dennes sikkerhet. Hvilken form for informasjonsoverføring som foretrekkes varierer i utvalget, men generelt er flertallet fornøyde

med de elektroniske løsningene som gradvis er blitt innført. Denne formen for informasjonsoverføring blir beskrevet som tryggere, mer effektiv og tidsbesparende. Den blir dessuten beskrevet av enkelte som en kvalitetssikring i seg selv, da informasjonen i større grad er oppdatert, i tillegg til at den ikke forsvinner i overføringen til sykehuset. Studien viser at informasjonsoverføringen spiller en sentral rolle ved sykehusinnleggelse, og at den påvirker kvaliteten på denne. Tilstrekkelig god informasjonsoverføring fra sykehjemmet ved sykehusinnleggelse er høyst nødvendig for å oppnå en trygg, samordnet og koordinert overføring til sykehuset. Dette vil følgelig ha betydning for kvaliteten på sykehusinnleggelsen (Helsedirektoratet, 2011).

2. Hvordan beskriver helsepersonell risikofaktorer ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre?

Studien viser at det finnes flere risikofaktorer ved sykehusinnleggelse. De fleste av disse risikofaktorene blir knyttet opp mot personalmangel og travelhet. Man får inntrykk av at informantene føler de mangler tid og ressurser til å gjøre en tilstrekkelig god jobb. Funn viser at det i sykehjemsavdelingene i studien legges til rette for den enkelte sykehjemspasient, men dette blir med ett en større utfordring i et travelt akuttmottak. Da pasientgruppen oppgaven omhandler er regnet som sårbar basert på helsetilstand og ofte kognitive svikt, kan man si at helsehjelpen man utøver ikke er kvalitetspreget med tanke på tiden tilbragt i akuttmottak. Funn i studien viser at manglende oversikt og kontroll i en ofte travel arbeidsdag, kan gi økt fare for uønskede hendelser, spesielt for den aktuelle pasientgruppen. Basert på risikofaktorene som er kommet frem i studien kan man konkludere med at de påvirker kvaliteten på sykehusinnleggelsen, da manglende oversikt og kontroll kan gjøre overføringen utrygg for den eldre pasienten (Helsedirektoratet, 2011).

7.2 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene i denne mastergradsstudien anbefaler jeg følgende

Sykehjem:

- Sykehjemmet øker fokuset på kompleksiteten i eldre pasienters helsetilstand. Dette kan gjøres ved hjelp av internundervisning av personalet, for eksempel ved å leie inn en geriater²² til undervisning/ foredragsholding. Jeg anbefaler generelt kompetanseheving innenfor eldrefeltet.
- Implementering av gode rutiner for dokumentasjon og informasjonsoverføring innad i sykehjemsavdelingene. Avdelingssykepleier bør være tydelig på at rutinene skal følges. Også her kan internundervisning være på sin plass. Når det gjelder elektroniske løsninger for informasjonsoverføring, som er påkrevd, er det behov for opplæring på området. Det kan være en idé å kontakte produsenten bak det aktuelle dokumentasjonssystemet som benyttes, for å få veiledning. Man kan også utnevne ressurspersoner i avdelingen som kan være med på å holde rutinene ved like.
- Oppfordre personalet til å melde uønskede hendelser (avviksmelding) både innad i sykehjemmet og til sykehuset. Avviksmeldinger vil kunne være med på å forbedre praksis.
- Det bør kartlegges hva personalet mener skal til for å oppnå god samhandling med sykehuset. Man kan også, dersom det lar seg gjøre, oppfordre personalet til å hospitere på sykehuset. Dersom det etableres samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune bør personalet oppfordres til å delta på disse.

Sykehus:

- Økt fokus på kompleksiteten i skrøpelige eldre pasienters helsetilstand, ved hjelp av internundervisninger. Man kunne også vurdere mulighetene for å ansette en geriatrisk sykepleier i akuttinntak. Dersom det er mulig kan man øke bemanning på spesielt sårbare/risikofylte tidspunkt. Dette gjelder, ifølge informantene i denne studien, kvelder, netter og helger.
- Økt fokus på å implementere gode rutiner for informasjonsutveksling. Her kan man ha internundervisning av personalet. Man kan, i avdelingen, utnevne ressurspersoner innenfor elektronisk dokumentasjon og informasjonsoverføring.
- Avdelingssykepleier kan arrangere avdelingsmøter for å kartlegge hvilke ønsker personalet har for bedre samhandling med kommunen, og hvilke forslag og idéer de måtte ha i den forbindelse. Dersom det etableres samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune bør personalet oppfordres til å delta på disse.
- Avdelingssykepleier bør oppfordre til avviksmelding ved uønskede hendelser.

²² Geriater = Spesialist i eldremedisin

7.3 Videre forskning

Det er tydelig at samhandling og kontinuitet på tvers av sykehus og sykehjem er nødvendig for å oppnå kvalitet ved en sykehusinnleggelse, og i den forbindelse bør man fortsette å ha fokus på hvordan man kan oppnå god samhandling. På grunn av den eldre pasientgruppens sårbarhet er det ekstra viktig at det blir gjort mer forskning på sykehusinnleggelse, ikke bare fra sykehjem, men også av eldre pasienter som kommer hjemmefra. Det bør også gjøres mer forskning relatert til reinnleggelser, for å finne årsaker til disse, og hva man kan gjøre for å forebygge reinnleggelsene. Det kan også være behov for mer forskning på organisering av arbeidet innenfor helseinstitusjoner.

8.0 Bibliografi

- Aase, K., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Storm, M. (2013, Juli 4). Quality and safety in transitional care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ open*, s. 8.
- Alzheimer's Society. (2009). Counting the Cost. *Alzheimer's Society, London*.
- Birkeland, A., Mikkelsen, A. L., & Lunde, A. (2010). *Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter*. Haugesund: Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus, Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna.
- Bollig, G., Husebø, B. S., & Husebø, S. (2008, Desember 4). Vaktjeneste for leger på sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23, ss. 2722-2724.
- Brand, C. A., Martin-Khan, M., Wright, O., Jones, R. N., Morris, J. N., Travers, C. M., . . . Gray, L. C. (2011). Development of quality indicators for monitoring outcomes of frail elderly hospitalised in acute care health settings: Study Protocol. *BMC Health Services Research*, ss. 1-8.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I O. Bukve, G. Kvåle, & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (ss. 11-23). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). Kvalitet og samhandling i eit komplekst system. I O. Bukve, G. Kvåle, & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (ss. 186-195). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Chassin, M. R. (2013). Improving The Quality Of Health Care: Whats's taking so long? *Health Affairs*, 32(10), ss. 1761-1765.
- Coleman, E. A., & Boult, C. E. (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), ss. 556-557.
- Grund, J. (1995). *Helsepolitikk - effektivisering, spill eller utvikling?* (2. utg.). Oslo: TANO.
- Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006, Oktober). What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy*. 2006 Oct;11(4):248-50., 11, ss. 248-250.

- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I A. Tjora, & L. Melby, *Samhandling for helse - Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (ss. 31-53). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halvorsen, K. (2005). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haug, K., Kaarbøe, O. M., & Olsen, T. E. (2009). *Et helsevesen uten grenser?* (K. Haug, O. M. Kaarbøe, & T. E. Olsen, Red.) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hayes, N., & Ball, J. (2012, Mai). Achieving safe staffing for older people in hospital. *Nursing older people*(4), ss. 20-24.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld. nr 47*. Oslo: Regjeringen Stoltenberg II.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, November 1). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Hentet fra www.regjeringen.no:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, Februar 27). *Samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus*. Hentet fra www.regjeringen.no:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125>
- Helsedirektoratet. (2011, November 30). *Handlingsplan 2011 - Meldingsløftet i kommunene 2010-2011*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-2011---meldingsloftet-i-kommunene-2010-2011/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011, Desember 7). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten .. Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>

- Helsetilsynet. (2014, April 10). *Demens*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no:
<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>
- Helsetilsynet. (2008). *Rapport fra tilsyn med Hovseterhjemmet*. Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus.
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring: Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. Helsetilsynet.
- Heskja, M. (2007). *Beslutningsprosessen ved akutte innleggelses av beboere fra sykehjem til sykehus*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - Gamle og nye utfordringer, en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF rapport STF A033501.
- Huseby, B. (2005). *STF78 A055015: Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia 2002*. Oslo: SINTEF Helse.
- Huseby, B., & Paulsen, B. (2009). *SINTEF A11522: Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?* Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2013, November 13). *Institute of Medicine*. Hentet fra www.iom.edu:
<http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannesen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johnsen, E. (1995). *Ledelse av ledelseprosessen*. Oslo: Tano AS.
- Kårstad, C., Herst, A. C., Rullestad, E. P., & Røer, C. (2013). *Fagskolen: Hva får arbeidsgiver igjen?* Oslo: Universitetet i Oslo.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *The American Geriatrics Society*, 58, ss. 777-782.
- Laugaland, K. A., Aase, K., & Barach, P. (2011). Adressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly - Literature review. *Care in hospital, ambulatory settings, long-term care and at home: Literature review.*, ss. 183-191.
- Lindencrona, C. (1987). *Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter: studier av utskrivningen från sjukhus till hemmet samt attityderna till äldre bland sjuksköterskor*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative medtoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Melby, L., & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I A. Tjora, & L. Melby, *Samhandling for helse - Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (ss. 13-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Melby, L., Hellesø, R., & Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivingsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, ss. 1037-1039.
- Mella, A. M., de Urturi, E. S., de Salamanca, I. E., Barbosa, T. R., Porro, V. Q., & Vila, A. R. (2009, September 20). Strategy for the prevention of adverse events in the hospitalized elderly patients. *Gerokomos*, ss. 118-122.
- Mørk, E. (2011). *Seniorer i Norge 2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Morris, Z. S., Fyfe, M., Hoare, S., & Barclay, S. (2013). Understanding Hospital Admissions Close to the End of Life. *BMC Health Services Research*(89).
- Næss, G. (2008). *Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottak?* Tønsberg: Norsk Sykepleierforbund.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management: Clinical Guideline 103. NICE, London.*
- NESH. (2013). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskapene, humaniora, juss og teologi.* Oslo: De nasjonale forsknings-etiske komiteer.
- Netteland, G., & Naustdal, A.-G. (2014). Risikofaktorer ved pasientovergangar. I O. Bukve, & G. Kvåle, *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (ss. 117-136). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Helsenett. (2014, Mai 19). *Meldingsutbredelse.* Hentet fra www.nhn.no:
<https://www.nhn.no/meldingsutbredelse-i-helsesektoren/Meldingsutbredelse>
- Norsk Sykepleierforbund. (2014, Februar 14). *Rådet for sykepleieetikk: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet fra www.nsf.no:
<https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - I sykepleie og helsefaglig samarbeid.* Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Piraino, E., Heckman, G., Glenny, C., & Stolee, P. (2012). Transitional care: Who is left behind? A systematic review. *International Journal of Integrated Care, 12.*
- Ramm, J. (2013, Juni 27). *Statistisk Sentralbyrå.* Hentet fra www.ssb.no:
http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898
- Ranhoff, A. H., & Linnsund, J. M. (2005, Juni 30). Når skal sykehjemspasienter innlegges i sjukehus? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 125*(13-14), ss. 1844-1847.
- Regjeringen. (2012, Februar 27). *www.regjeringen.no.* Hentet fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>
- REK. (2011/1978, November 6). *Regional Etisk Komité.* Hentet fra
helseforskning.etikkom.no:
https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n

- Skevik, T. (2011, Mars 29). Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten? En studie av hvordan kommune og helseforetak benytter samhandling til å skape forbedret praksis. København, Danmark.
- Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Stavang, E. (2008, November 26). *Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta som kunnskapsproblem? : Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv* . Hentet fra www.brage.bibsys.no:
<http://brage.bibsys.no.ezproxy.uis.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150483/EvelynStavang2008.pdf?sequence=1>
- Store Norske Leksikon. (2014, Mai 15). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra www.snl.no:
<http://snl.no/reduksjonisme%2Ffilosofi>
- Strandos, M. (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar. I O. Bukve, & G. Kvåle, *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (ss. 137-149). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tjora, A., & Melby, L. (2013). *Samhandling for helse - Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Toles, M., Young, H. M., & Ouslander, J. (2013). Improving Care Transitions in Nursing Homes. *Generations - Journal of the American Society on Aging*(Vol. 36. No. 4), ss. 78-85.
- Vangen, S., & Huxham, C. (2010). Introducing the theory of collaborative advantage. I S. Osborne (Red.), *The New public governance?: emerging perspectives on the theory and practice governance* (s. XV). London: Routledge.
- Vareide, P., Hofseth, C., Norvoll, R., & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og delt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: SINTEF Unimed.
- WHO. (2006). *Quality of care*. Geneve: World Health Organization.
- Woodhouse, K., Wynne, H., Baillie, S., James, O., & Rawlins, M. (1988, Juli). Who are the frail elderly? *Quarterly Journal of Medicine*(No. 255), ss. 505-506.
- Øgar, P., & Hovland, T. (2004). Mellom kaos og kontroll - Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



Intervjuguide: Ambulansepersonell (overføring/innleggelse i akuttmottak)

Innledende spørsmål:

Alder:

Kjønn:

Stilling:

Arbeidserfaring/praksis:

Hvor lenge har du jobbet i ambulansetjenesten?

Pasientinnleggelse/transport til sykehuset

1. Hvilke kriterier legges til grunn ved innleggelse av pasient i spesialisthelsetjenesten?
2. Opplever du at sykehus, ambulanshelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er enige om kriterier for innleggelse av pasienter?
3. Hvordan involveres ambulansetjenesten i forbindelse med innleggelse av pasient i sykehus?
4. Hva mener du er viktige forhold som ambulansarbeider å vurdere ved innleggelse av pasienter fra kommunehelsetjenesten?

Samhandling mellom sykehus og kommune

1. Hvordan vil du generelt beskrive samhandling mellom kommunen og sykehuset i forbindelse med innleggelse av eldre pasienter?
 - a. Hva fungerer bra/hva fungerer mindre bra?
 - b. Hvis du skal velge en utfordring, ut fra ditt ståsted som hindrer/svekker samhandling, hva ville det være? Er det noe som kunne fungert bedre?
2. Hva mener du er suksesskriterier for god samhandling mellom sykehus og kommune i forhold til innleggelse?
3. Er du kjent med om det foreligger etablerte prosedyrer som skal sikre god samhandling ved innleggelse av eldre pasienter.
 - a. Hvordan opplever du at disse evt. fungerer i praksis?

- b. hvordan vil du evaluere innleggelsesprosedyren – på hvilken måte opplever du at den har bidratt til å bedre samhandlingen med kommunen?
- 4. Har du kjennskap til samhandlingsarenaer som er etablert mellom sykehus og kommune – kjenner du til om det er formaliserte, jevnligte møter på ledernivå mellom sykehuset, ambulansetjenesten og kommunen?
 - a. Har du deltatt på slike møter?
- 5. Hvordan opplever du at rammebetingelser støtter opp om god samhandling (strukturelle og økonomiske)?
- 6. Hvilke tanker har du om samhandlingsreformen?
 - a. Hvordan mener du den vil bidra til å fremme/bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?
 - b. Har du opplevd endringer i samarbeidet/samhandlingen mellom sykehus og kommune etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i januar i år (2012)?

Innleggelse og pasientsikkerhet

1. Er du kjent med begrepet pasientsikkerhet og kan du med egne ord beskrive hva du legger i dette begrepet?
2. I lys av det du nå har sagt – hva mener du er viktig for å ivareta pasientsikkerhet ved innleggelse?
3. Hvordan vil du beskrive en trygg og god pasientoverføring?
 - a. Hvordan vil du beskrive en risikofyllt/mangelfull pasientoverføring? Opplever du at utskrivelser av eldre er forbundet med risiko?
4. Forskning antyder at eldre pasienter er en pasientgruppe med økt risiko for uønskede hendelser ved overføringer/innleggelser. Deler du den samme opplevelsen – og hvorfor tror du evt. at det er slik?
5. Opplever og tror du at eldre blir nedprioritert som pasientgruppe? (og da evt noe som kan medføre økt risiko for denne pasientgruppen)
6. Har du selv opplevd at eldre pasienter har blitt utsatt for uønskede hendelser som følge av mangelfull samhandling?
 - a. Kan du si litt om denne hendelsen og hvilke faktorer som var medvirkende til at hendelsen inntraff?
7. Vil du si at det er situasjoner/dager som er mer risikofylte enn andre knyttet til innleggelse av eldre pasienter? (hvilke og hvorfor)
8. Spiller størrelse på kommuner og geografiske avstander noen rolle i forhold til risiko?

Informasjonsoverføring ved innleggelse

1. Er det etablert gode rutiner/system som sikrer god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune ved innleggelse? Kan du beskrive hvordan dette foregår?
2. Hvilken verdi anser du at den skriftlige dokumentasjonen har ved innleggelse?
3. Hvilken dialog har dere med kommunehelsetjenesten ved innleggelse?
 - a. Opplever du at det er lett å kontakte kommunehelsetjenesten for dialog rundt innleggelse?
4. Hvilken informasjon anser du er viktig å overføre til sykepleier i akuttmottak ved innleggelse?

5. Forskning avdekker at faglige informasjonsoverføringer kan være mangelfull ved innleggelse? – hvilke tanker har du om det?
 - a. Hvilke fokus har dere på faglig dokumentasjon ved innleggelse?
 - b. Har du tanker om hvordan vi kan sikre bedre informasjonsoverføring?
6. På hvilken måte tror du at elektroniske løsninger kan bedre samhandlingen?

Brukermedvirkning og pårørende involvering

1. Hvordan vil du beskrive samarbeidet med pasient og pårørende i prosessen knyttet til innleggelse?
 - a. Kan du fortelle om dine erfaringer, opplevde du utfordringer?
 - b. Opplever du at de involveres i tilstrekkelig grad? (evt hvorfor ikke?)
 - c. Kan du si noe om årsaken til at du anser det viktig/mindre viktig å involvere pasient og pårørende og gi rom for medvirkning?
2. Hvilken informasjon anser du det er viktig å gi pasient ved innleggelse?
 - a. Hvem informerer pasienten ved innleggelse?
 - b. Hvordan blir pasienten informert – ved direkte kommunikasjon? via lege/sykepleier/pårørende? sammen med andre pasienter?
3. Hvilken informasjon mener du det er viktig at pårørende får ved innleggelse i sykehuset?
 - a. Hvem informerer pårørende ved innleggelse?
 - b. Hvordan blir pårørende informert – ved direkte kommunikasjon? Via lege/sykepleier?
4. Har pasient og pårørende anledning til å fortelle om forhold de mener er viktig i forbindelse med innleggelsen?
5. Opplever du at pasientens og pårørendes vurderinger blir tatt hensyn til ved innleggelse?

Tverrprofesjonell samarbeid

1. Hvilke faggrupper/profesjonsgrupper er ofte involvert i forbindelse med innleggelse av eldre pasienter? (både eksternt og internt)
 - a. Hvordan opplever du at kommunikasjonen og samhandlingen mellom de ulike fag-/profesjonsgruppene fungerer i kommunen og akuttmttak? (hva fungerer bra/dårlig?)
 - b. Har du opplevd at kommunikasjonen mellom ulike fag-/profesjonsgrupper har sviktet i forbindelse med innleggelse? (kom gjerne med eksempler). Hva tror du er grunnen til kommunikasjonssvikten?
2. Hvilken betydning anser du at den tverrfaglige samhandlingen har ved innleggelse av eldre pasienter?
3. Hvordan legges det til rette for et godt tverrfaglig samarbeid i ambulansetjenesten?

Til slutt: Hva ser du for deg som viktig for en kvalitetssikret og trygg innleggelse med helhetlige pasientforløp og god samhandling? Er det andre viktige spørsmål som du mener er viktig å få belyst i denne sammenheng/studien som vi ikke har vært inne på/ eller noe du vil tilføye det vi allerede har snakket om?

Har du forslag til tiltak? (mtp en intervensjon)

Intervjuguide: Avd.sykepleiere – sykehjem (innleggelse)

Innledende spørsmål:

Kjønn:

Alder:

Stilling:

Hvor lenge har du arbeidet på denne avdelingen?

Samhandling mellom sykehus og kommune

1. Hvilke oppgaver har du i forbindelse med sykehusinnleggelse av en beboer?
2. Hvordan vil du generelt beskrive samhandlingen mellom sykehjemmet og sykehuset i forbindelse med akutte sykehusinnleggelser av beboere?
 - a) Hva mener du fungerer godt/ mindre godt?
 - b) Hvilke faktorer mener du kan utfordre samhandlingen i denne prosessen?
 - c) Hva mener du skal til for å sikre god samhandling?
3. Hvilke etablerte rutiner/prosedyrer kjenner du til når det gjelder sykehusinnleggelse?
 - a) Hvordan synes du disse rutinene/prosedyrene fungerer på avdelingen?
 - b) Hvordan kan rutinene/ prosedyrene være med på å bedre samhandlingen med sykehuset?
4. Kjenner du til noen samhandlingsarenaer hvor kommunen og sykehuset kan samarbeide og utveksle erfaringer?
 - a) Har du deltatt på møter rettet mot denne samhandlingen?
5. Hvilke tanker har du omkring Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012?
 - a) På hvilke måter mener du denne påvirker samhandlingen mellom sykehus og kommune?
 - b) Hvilke forandringer har du merket deg når det gjelder samhandlingen etter at reformen trådte i kraft?

Pasientsikkerhet

1. Hva innebærer begrepet «pasientsikkerhet» for deg?
2. Hva mener du skal til for å ivareta pasientsikkerheten når en beboer innlegges på sykehuset?
3. Hvordan vil du beskrive en trygg og god pasientoverføring ved sykehusinnleggelse?
 - a) Hvordan vil du beskrive en mangelfull overføring?
 - b) Hvordan kan sykehusinnleggelse av eldre medføre risiko? Eventuelt på hvilken måte?
4. Forskning antyder at eldre utgjør en pasientgruppe med økt risiko for uønskede hendelser ved overføringer i helsevesenet. Deler du den samme opplevelsen, og hvorfor tror du i tilfelle det er slik?
 - a) Kan du gi et eksempel på en situasjon hvor det er skjedd en uønsket hendelse?
 - b) Hvilke faktorer var medvirkende til at hendelsen inntraff?
5. Vil det være enkelte situasjoner eller dager som er mer risikofylte enn andre for beboerne på avdelingen, spesielt med tanke på sykehusinnleggelse? Eventuelt hvilke?

Sykepleiedokumentasjon og informasjonsoverføring

1. Hvordan vil du beskrive rutinene for informasjonsutveksling mellom sykehjemmet og sykehuset?
2. Hvilken betydning mener du den skriftlige dokumentasjonen som overføres har når en beboer legges inn på sykehus?
3. Hvordan opplever du mulighetene for kontakt med sykehuset for en dialog rundt innleggelsen?
4. Hvilken informasjon mener du det er viktig at sykehuset mottar når en beboer på avdelingen legges inn på sykehus?
5. Forskning viser at informasjonsoverføringen kan være mangelfull ved innleggelse. Hvilke tanker gjør du deg rundt dette?
6. Hvilke fordeler/ ulemper ser du ved elektroniske løsninger for informasjonsoverføring?
 - a) Hvordan kan elektroniske løsninger bidra til å bedre samhandlingen mellom sykehjemmet og sykehuset?

Tverrprofesjonelt samarbeid

1. Hvilke yrkesgrupper/profesjonsgrupper er involvert når en beboer på sykehjemmet legges inn på sykehus?
2. Hvordan opplever du kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene i en slik situasjon?
3. Hvordan legges det til rette for et godt tverrfaglig samarbeid på din avdeling?
 - a) Hvilken betydning mener du det tverrfaglige samarbeidet har for beboeren som innlegges?



INFORMASJONSSKRIV TIL HELSEPERSONELL

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt knyttet til eldre og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten!

Bakgrunn

Vi vil med dette invitere deg til å delta i forskningsprosjektet "Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter". Forskningsprosjektet har fokus på kvalitet og sikkerhet i behandling, pleie og omsorg av eldre i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Studien har fokus på hvordan kvalitet og pasientsikkerhet blir ivaretatt når eldre pasienter *legges inn og skrives ut* til/fra sykehus og kommunehelsetjenesten (sykehjem eller egen bolig med hjemmesykepleie). I dette informasjonsskrivet redegjør vi for hvorfor denne forskningen utføres og hva den innebærer for deg, som mulig deltaker i studien.

Hva er formålet med prosjektet?

Hovedformålet med prosjektet er å synliggjøre kjennetegn på god overføring og samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i forbindelse med innleggelse og utskrivelse av eldre pasienter, samt utvikle praktiske løsninger til beste for pasient, pårørende og helsepersonell.

Hvem er de eldre pasientene som inkluderes i forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet inkluderer eldre pasienter (>75 år) som legges inn eller skrives ut med: ortopediske tilstander som hoftebrudd (FCF/FPF) akutte medisinske tilstander i forbindelse med kronisk sykdom, herunder KOLS, hjerte/kar problemer, diabetes og andre akutte medisinske tilstander, eksempelvis infeksjoner i kombinasjon med polyfarmasi (>5 medikamenter daglig). I tillegg inkluderes demente pasienter som innlegges eller utskrives med de nevnte diagnoser.

Hvem finansierer og er ansvarlig for prosjektet?

Forskningsprosjektet gjennomføres ved Universitetet i Stavanger (UiS) av to doktorgradsstudenter, Kristin Alstveit Laugaland (ansatt i Helse Førde), Dagrunn Nåden Dyrstad (ansatt ved UiS), post doktor Marianne Storm (ansatt ved UiS) og prosjektleder professor Karina Aase ved UiS. Forskningsprosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd, Helse Vest og UiS. Helse Førde og Regionalt senter for eldremedisin og samhandling (SESAM) er formelle samarbeidspartnere i forskningsstudien. Studien har fått tilslutning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) den 19.10.11 – referansenummer 1978.

Hvorfor blir jeg invitert til å delta?

Ditt sykehus eller kommune har takket ja til å delta i studien, og vi inviterer noen av de ansatte til å delta på flere måter (se under).

På hvilken måte kan jeg bli involvert?

Dersom du ønsker å delta i forskningsprosjektet innebærer det å dele dine synspunkter og erfaringer om gjeldende praksis knyttet til samhandling ved innleggelse og utskrivelse mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Du kan bli invitert til å delta på 2 ulike måter:

Observasjon: Deltakelse i studien innebærer at vi får følge/observere deg og din samhandling med pasient og øvrig helsepersonell den dagen pasienten legges inn eller skrives ut fra sykehuset til kommunehelsetjenesten (sykehjem eller egen bolig). Hvis du takker ja til dette, vil vi be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer å bli observert.

Intervju: Vi kommer til å invitere et antall ansatte til intervju, med medlemmer av forskningsteamet. Dersom du får en slik invitasjon og takker ja til å delta i et intervju, vil dette ta ca 45 min. Vi vil gjerne ta opp intervjuet på bånd, slik at vi får en nøyaktig oversikt over det du forteller oss. Vi vil be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer deltakelse i intervjuet.

Deltakelse er frivillig og vil være konfidensielt

All deltakelse i denne forskningsstudien er frivillig og en har full mulighet til å trekke seg underveis om det skulle være ønskelig. Alle innsamlede opplysninger håndteres konfidensielt. Alt som vedrører observasjon, samtaler og intervju blir gitt en kode for å sikre konfidensialitet og vil lagres i et låst arkivskap eller på en passordbeskyttet datamaskin som er sikret mot uautorisert tilgang. Når datamaterialet presenteres i forskningsarbeidet er forskerteamet forpliktet til å overholde taushetsplikten slik at din anonymitet ivaretas. Alt datamaterialet vil bli anonymisert ved all rapportering fra studien. Forventet prosjektslutt er 31. Desember 2015.

Hvorfor delta - hva kan du bidra med?

Å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir oppfattet som en stor og viktig oppgave. I dette arbeidet er det helt nødvendig å få kunnskap om helsepersonells egne erfaringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Vi håper det kan være av interesse for deg å delta og håper på positiv tilbakemelding. Det er imidlertid helt opp til deg om du ønsker å delta eller ikke. Om du takker ja ber vi deg om å fylle ut vedlagt samtykkeerklæring.

Mer informasjon

Takk for at du leste denne informasjonen. Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon om dette prosjektet kan du ringe eller sende e-post til:

Kristin Alstveit Laugaland (Stipendiat)

kristin.a.laugaland@uis.no

Tlf: 51834141 Mob:98486261

Karina Aase (prosjektleder)

karina.aase@uis.no

Tlf: 51831534

Dagrunn Nåden Dyrstad (Stipendiat)

dagrunn.n.dystad@uis.no

51834258 Mob:93676824

Marianne Storm (post doktor)

marianne.storm@uis.no Tlf:

Tlf: 51834158

SAMTYKKEERKLÆRING

OBSERVASJON OG INTERVJU MED ANSATTE

Navn på forskere fra Universitetet i Stavanger som kan utføre intervju: Dagrunn Nåden Dyrstad, Kristin Laugaland, Lene Schibevaag, Heidi Nedreskår, Marianne Storm, Karina Aase.

Jeg bekrefter at jeg har mottatt, lest og forstått skriftlig informasjon om forskningsprosjektet "Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter" og takker ja til å delta i prosjektet.

JA

Jeg aksepterer å bli observert:

Jeg aksepterer å bli intervjuet:

Navn på deltaker:

Dato:.....

Sign:.....

Navn på forsker:

Dato:.....

Sign:.....

Dersom du takker nei til deltakelse ønsker vi gjerne at du skriver en kort begrunnelse for at du eventuelt ikke ønsker å delta:



Forespørsel om å delta i masterprosjekt:

”Faktorer som påvirker kvaliteten ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre”.

Mitt navn er Guro Thun, og jeg er masterstudent ved Universitetet i Stavanger ved institutt for helsefag. Jeg arbeider med min avsluttende masteroppgave i helsevitenskap med spesialisering i aldring og demens. Temaet for min masteroppgave er ”Faktorer som påvirker kvaliteten ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre”. Min veileder er professor Karina Aase ved Universitetet i Stavanger (UiS). I tillegg til masterstudiene arbeider jeg som sykepleier på infeksjonsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus.

Masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet: «Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter» ved UiS. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd (NRF), Helse Vest og Universitetet i Stavanger (UiS) og fokuserer på kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre pasienter i helsevesenet. ”Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter ” er godkjent hos Regional Etisk Komité (REK), og jeg er registrert som forsker i prosjektet (REK, 2011/1978).

Studiens hensikt

Hensikten med studien er å belyse hvilke faktorer helsepersonell opplever påvirker kvaliteten på sykehusinnleggelse av eldre pasienter fra sykehjem og hvilke konsekvenser disse faktorene kan ha. Mitt overordnede mål med studien er å belyse hvilke faktorer som er avgjørende i samhandlingen knyttet til innleggelse og dette ønsker jeg å finne ut ved å analysere intervjumateriale fra ansatte i spesialisthelsetjenesten (del 1) for så videre å gjennomføre og analysere intervjuer med sykehjemsansatte (del 2).

Hvorfor blir du spurt om å delta?

Du inviteres herved til å delta som informant i min studie på grunnlag av at du har erfaring og arbeider med eldre personer med komplekse helseproblemer, som er i risikozonen for sykehusinnleggelse. Jeg ønsker altså å komme i kontakt med deg som arbeider ved en avdeling på sykehjem og som ønsker å bidra med dine erfaringer med sykehusinnleggelse av eldre pasienter fra din avdeling.

Intervjuene vil finne sted i løpet av februar 2014. Av praktiske årsaker kan intervjuene bli gjennomført på sykehjemmet hvor du arbeider.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta som informant i denne studien innebærer det et individuelt intervju med varighet ca. 30-60 min. Under intervjuet vil jeg ta i bruk en digital opptaker (diktafon). Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, det vil si uten navn eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger og i samsvar med regler for dataoppbevaring fra REK. Alle data som registreres vil bli slettet når prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføring av eldre pasienter» avsluttes og senest innen utgangen av 2015. Deltakerne vil bli anonymisert og kan ikke gjenkjennes i oppgaven. Resultatene av studien vil bli presentert i masteroppgaven som leveres i løpet av 2014.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i studien er frivillig. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis i prosessen, uten å måtte oppgi en årsak til dette. Dersom du har noen spørsmål kan jeg kontaktes på tlf. 45257613, e-post: gt_2050@yahoo.no

Ansvarlig veileder for masteroppgaven er professor Karina Aase ved Universitetet i Stavanger, e-post: karina.aase@uis.no.

Vennlig hilsen Guro Thun

SAMTYKKERKLÆRING

For deltakelse i masterprosjekt

Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjon om studien «**Faktorer som påvirker kvaliteten ved sykehusinnleggelse av skrøpelige eldre**». Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at datamaterialet fra intervjuet kan bli brukt i studien.

Ja

Nei

Dato: _____

Navn deltaker: _____

Signatur: _____

Dato: _____

Navn forsker: _____

Signatur: _____



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Harsha Gajjar Mikkelsen	Telefon: 22845513	Vår dato: 03.04.2014	Vår referanse: 2011/1978 REK sør-øst B
			Deres dato: 28.03.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Karina Aase
Universitetet i Stavanger

2011/1978 Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Karina Aase

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 28.03.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og dreier seg om:

1. Det informeres om følgende prosjektmedarbeidere (mastergradsstudenter) som har gått ut av prosjektet; Heidi Nedreskår, Andrea Nicole Orley, Greta Gard Endal og Paul Barach.
2. Det informeres om 2 nye prosjektmedarbeidere (mastergradsstudenter) som er nå med i prosjektet; Randi Nisja Heskestad og Guro Thun.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet slik det nå foreligger.

Vedtak

Komiteen har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i endringsmeldingen.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
forsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Harsha Gajjar Mikkelsen
Førstekonsulent