

Risikovurdering av klinisk sykepleiearbeid

*Utvikling av en modell for risikovurdering ved utskrivelse av pasient
fra sykehus til sykehjem*



**Universitetet
i Stavanger**

**Institutt for samfunnsfag
Master i risikostyring og sikkerhetsledelse
Masteroppgave (30)**

Student: Malinn Pedersen

Veileder: Geir Sverre Braut

Dato: 27.05.16

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår-2016

FORFATTER: Malinn Pedersen

VEILEDER: Geir Sverre Braut

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Risikovurdering av klinisk sykepleiearbeid

Utvikling av en modell for risikovurdering ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem

EMNEORD/STIKKORD:

Pasientsikkerhet, risiko, samhandling, samhandlingsreformen

SIDETALL: 68 + 5 vedlegg

STAVANGER

DATO/ÅR

Innholdsfortegnelse

FIGURLISTE	II
ABSTRACT	III
SAMMENDRAG	V
FORORD	VII
1 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 ERFARING FRA EN GASTROKIRURGISK AVDELING.....	4
1.3 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	5
1.4 AVGRENsing.....	6
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR	7
1.6 SAMHANDLINGSREFORMEN	8
1.7 FORKORTELSER.....	9
2 TEORETISK RAMMEVERK.....	10
2.1 RISIKO.....	10
2.2 RISIKOANALYSEPROSESSEN.....	11
2.2.1 Risikovurdering.....	13
2.2.2 Risikovurdering ved SUS.....	15
2.3 RISIKOPERSEPSJON.....	15
2.4 KRAV OM FAGLIG FORSVARLIGHET.....	16
2.5 ORGANIZATIONAL ACCIDENTS (REASON).....	20
2.6 NORMAL ACCIDENTS (PERROW)	22
2.7 SAFETY-II (HOLLNAGEL).....	26
2.8 OPPSUMMERING TEORI.....	27
3 PRESENTASJON AV METODE	29
3.1 LITTERATURSØK	29
3.2 VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	30
3.3 UTVALG.....	31
3.4 INTERVJU SOM INNSAMLINGSMETODE.....	33
3.5 GYLDIGHET OG PÅLITELIGHET	34
3.6 JURIDISKE OG ETISKE VURDERINGER AV PROSJEKTET	35
4 FUNN.....	37
4.1 DOKUMENTANALYSE.....	37
4.2 SYKEHUSPERSONALET	40
4.2.1 Kommunikasjon	40
4.2.2 Kompetanse	43
4.2.3 Ressurser	46
4.3 SYKEHJEMSPERSONALET	48
4.3.1 Kommunikasjon	48
4.3.2 Kompetanse	50
4.3.3 Ressurser	51
5 DISKUSJON.....	53
5.1 DIREKTE KONTAKT MELLOM SYKEHUS OG SYKEHJEM	53
5.2 UTVEKSLING AV SKRIFTLIG DOKUMENTASJON MELLOM SYKEHUS OG SYKEHJEM.....	55
5.3 TIDSPUNKT FOR UTSKRIVELSE	56
5.4 BRUK AV RESSURSER OG KOMPETANSE	57
5.5 HVORDAN OPPNÅ BEST MULIG LÆRING?.....	60

6 AVSLUTNING	63
7 REFERANSELISTE	65
VEDLEGG	VIII
VEDLEGG 1 - SAMTYKKEERKLÆRING	VIII
VEDLEGG 2 - INFORMASJON TIL INFORMANTENE	IX
VEDLEGG 3 - CASE.....	X
VEDLEGG 4 - INTERVJUGUIDE TIL SYKEHUSPERSONELL	XI
VEDLEGG 5 - INTERVJUGUIDE TIL SYKEHJEMSPERSONELL	XIII

Figurliste

FIGUR 1. PASIENTERS ERFARINGER MED SYKEHUS FRA 2011-2014 (MELD. ST. 12 (2015-2016))	2
FIGUR 2. RISIKOANALYSEPROSESSEN (AVEN, 2010).....	12
FIGUR 3. RISIKOMATRISSE (AVEN, 2010).....	13
FIGUR 4. BOW-TIE-DIAGRAM (BASERT PÅ AVEN ET AL., 2010).....	14
FIGUR 5. KJERNEN I EN RETTSLIG STANDARD (LINDØE ET AL., 2015)	18
FIGUR 6. RISIKOPUNKTER (BASERT PÅ BRAUT, 2012).....	18
FIGUR 7. ILLUSTRASJON AV ULIKE TYPER RETTSLIGE STANDARDER (LINDØE ET AL., 2015).....	19
FIGUR 8. FAGLIG FORSVARLIG PRAKSIS? (BASERT PÅ MOLVEN, 2014)	19
FIGUR 9. HAZARDS, DEFENCES AND LOSSES (REASEN, 1997)	20
FIGUR 10. SWISS CHEESE MODEL (REASON, 1997).....	22
FIGUR 11. INTERAKSJONS/KOBLINGSKART (PERROW, 1999).....	25
FIGUR 12. PLO-KOMMUNE (HENTET FRA EQS)	37
FIGUR 13. MELDING OM INNLAGT PASIENT (HENTET FRA EQS).....	38
FIGUR 14. BOW-TIE-DIAGRAM (BASERT PÅ AVEN ET AL., 2010).....	58

Abstract

Introduction: Recent studies show that patient handover from one level of care to another increase the risk of an adverse event. A study conducted in 2014 show that the satisfaction with cooperation between facilities and satisfaction related to discharge from hospital is as little as 63% and 58%, respectively.

”Samhandlingsreformen”, introduced in 2012, aimed to improve the quality of care, but has also led to patients with complicated medical issues being transferred from the hospital to primary care. This study examines the interaction between the hospital and primary care when patients are being transferred.

Purpose: The purpose of this study is to identify risk factors that should be carefully assessed before a patient is transferred from the hospital to primary care. This will be expected to contribute to increased safety for patients and a more comprehensive health system.

The study therefore is exploring the following question:

Which risk factors needs to be identified when a patient is transferred from the hospital to a nursing home?

The following research questions are defined:

1. What do nurses consider as the main risk factor when discharging patients from hospital to nursing homes?
2. How do the nurses experience interaction between hospital and primary care?

Research design: The study has an exploratory design and a qualitative approach. I am using document analysis and individual interviews to highlight the issue. The informants consist of a total of 6 nurses employed in both hospitals and nursing homes.

Findings: The study shows that the informants from hospital and nursing homes have good experience with discharge and reception of patients, but it also points to several challenges related to this. The main risk factors seem to be related to the importance

of accurate information conveyed between hospital and primary care. In addition to a written report, all informants would like to receive an oral report to establish a common risk profile and be able to take action where necessary. Day and time of transfer is also important, as evenings and weekends are particularly vulnerable because of reduced staffing. Many of the informants believe that "samhandlingsreformen" contributes to patients being transferred more quickly to the primary care, and the lack of expertise and follow-up affects the patients in a negative way. These factors can lead to loss of transparency and control for health care providers, which can affect patient safety.

Conclusion: The study shows that the informants are aware of the risks that are present when discharging and receiving patients, but measures to prevent an adverse event are usually put in place only by coincidence. Better cooperation between the hospital and primary care can be a measure to increase patient safety when being transferred. It is also essential that every ward is aware of their own risk factors and implement targeted measures.

Sammendrag

Innledning: Tidligere studier av helsetjenesten viser at overføring av pasienter fra et tjenestenivå til et annet øker risikoen for en uønsket hendelse. Samtidig sees det et forbedringspotensiale i arbeidet med samhandling og utskriving, da en undersøkelse utført i 2014 viser henholdsvis 63% og 58% tilfredshet med temaene. Innføringen av Samhandlingsreformen 01.01.12 er et tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, men fører samtidig til at pasienter med svært komplekse sykdomstilstander overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Denne studien tar for seg samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og retter fokus på hvilke risikofaktorer som bør kartlegges før en overflytting kan skje.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvilke risikofaktorer som bør kartlegges før en overflytting fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten kan finne sted. Dette skal bidra til økt sikkerhet for pasientene, og en mer helhetlig helsetjeneste.

Studien bygger på følgende problemstilling:

Hvilke risikofaktorer bør kartlegges ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?

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

1. Hva vurderer sykepleiere som de viktigste risikofaktorene ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?
2. Hvordan opplever sykepleiere samhandlingen mellom sykehus og kommune?

Forskningsdesign: Studien har et eksplorerende design og det er anvendt en kvalitativ metode i form av dokumentanalyse og individuelle intervjuer for å belyse problemstillingen. Informantene består av totalt 6 sykepleiere ansatt i sykehus og sykehjem.

Funn: Studien viser at informantene fra sykehus og sykehjem har god erfaring med utskrivelse og mottak av pasienter, men peker på flere utfordringer knyttet til dette.

De viktigste risikofaktorene synes å være relatert til viktigheten av nøyaktig informasjon som formidles mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I tillegg til skriftlig rapport ønsker samtlige informanter muntlig rapport for å opprette et felles risikobilde, og på denne måten være i stand til å sette i verk tiltak der det synes nødvendig. Det er også av betydning hvilke dag og klokkeslett overflyttingen finner sted, da kveld og helg er spesielt sårbar på grunn av redusert bemanning. Videre mener flere at samhandlingsreformen har ført til at pasientene overføres raskere tilbake til primærhelsetjenesten, og at mangel på kompetanse og oppfølgingsplaner påvirker oppfølgingen av pasientene i negativ forstand. Disse faktorene kan føre til tap av oversikt og kontroll for helsepersonellet, noe som videre kan gå utover pasientsikkerheten.

Konklusjon: Studien viser at informantene i stor grad er klar over hvilke risikofaktorer som finnes ved utskrivelse og mottak av pasienter, men at det bare ved tilfeldigheter blir satt i verk tiltak for å unngå at disse risikofaktorene resulterer i uønskede hendelser. Tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan være et tiltak for å øke pasientsikkerheten ved overføring fra et tjenestenivå til et annet. I tillegg er det vesentlig at virksomheten selv kartlegger og er klar over sine risikomomenter, for så å sette i verk målrettede tiltak.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet innenfor faget risikostyring og sikkerhetsledelse, og markerer slutten på en 3 år lang studietid. Universitetet i Stavanger er ansvarlig for studiet som er organisert på deltid. Inspirasjon til oppgavens tema har jeg fått gjennom min fulltidsjobb som sykepleier på SUS, hvor jeg flere ganger har undret meg over hvordan det går med pasientene som utskrives til videre behandling i kommunen.

For å få gjennomført studien var det nødvendig med flere informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten. Jeg vil derfor rette en stor takk til sykepleierne på sykehuset og sykehjemmene som stilte velvillig opp.

Videre vil jeg takke min veileder Geir Sverre Braut som har bidratt med grundig veiledning og motiverende ord gjennom hele prosessen. Etter hver samtale med deg har jeg fått konkrete tilbakemeldinger som har gitt meg nytt pågangsmot og vilje til å fortsette arbeidet. Jeg kunne ikke hatt en bedre veileder. Tusen takk!

En takk rettes også til mine foreldre, og svigermor, som under hele prosessen har vist stor interesse for enmet, og hatt tro på at jeg skulle komme i mål. Dere har gitt meg motivasjon til å fullføre.

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer for støttende ord gjennom hele studiet, og spesielt god har du vært til å gi meg arbeidsro under innspurten. Jeg vil også takke deg for teknisk support, korrekturlesingen og de kritiske kommentarene du kom med før innlevering. Du stiller alltid opp, og har vært en fantastisk støtte.

Stavanger, 27.05.2016

Malinn Pedersen

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg skal i denne studien undersøke hvilke risikomomenter som er de viktigste å få kartlagt ved utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Temaet er svært relevant, særlig etter innføringen av samhandlingsreformen, hvor kommunene ilegges mer ansvar (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Som sykepleier har jeg erfaring fra spesialisthelsetjenesten hvor jeg har opplevd uønskede hendelser, eller tilløp til uønskede hendelser i forbindelse med utskrivelse av pasienter. Bakgrunnen for valg av tema bygger på et stort engasjement for å tilby trygge tjenester til pasientene i regionen og dermed redusere antall uønskede hendelser.

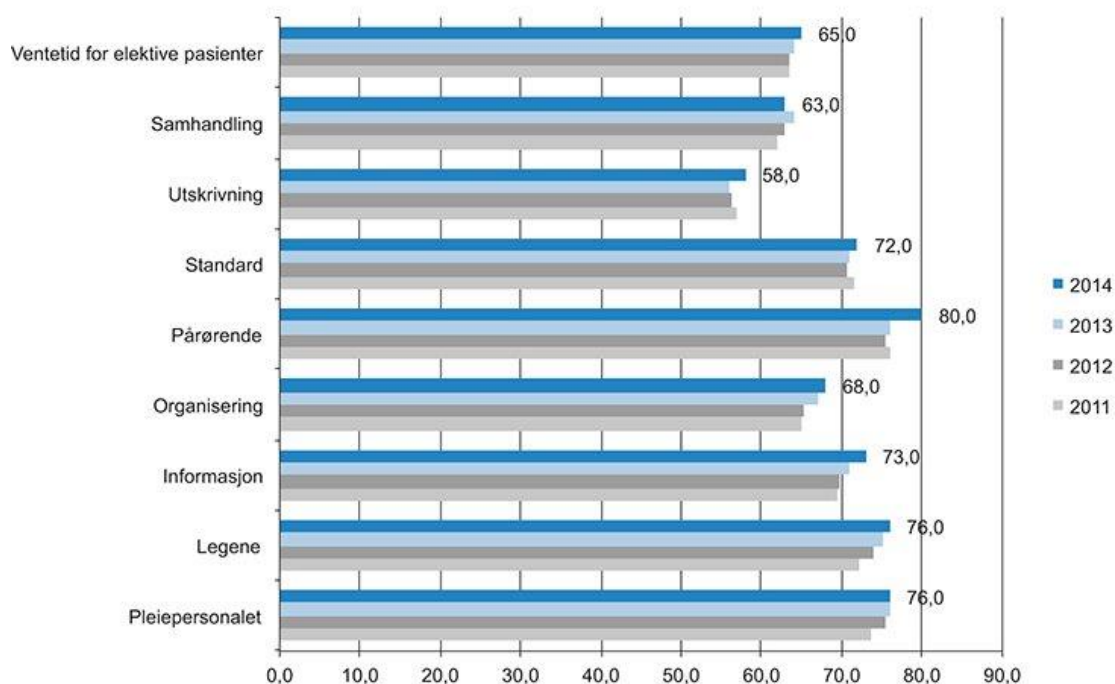
Som helsepersonell ønsker jeg å være del av et sykehus som tilbyr god kvalitet og tilstreber kontinuerlig forbedring av sine helsetjenester, i tillegg til at jeg som barn og barnebarn ønsker å kunne stole på systemet som en gang skal ta vare på mine nærmeste.

Regjeringen har, i den årlige meldingen til Stortinget om pasientsikkerhet og kvalitet fra 2014, satt fokus på god kvalitet og trygge tjenester, men påpeker at selv om Norge har gode helse- og omsorgstjenester, er det fortsatt utfordringer på en del områder. Meldingen peker blant annet på gjennomgående utfordringer med kommunikasjon, kompetanse og læring. I tillegg til dette viser nasjonale pasienterfaringsundersøkelser at sykehusene kan bli langt bedre når det gjelder utskrivelse og samhandling (Meld. St. 12 (2015-2016)). God kommunikasjon og samarbeid er viktig både med pasientene, mellom helsepersonell og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Meldingen peker også på pasienter og pårørende sin misnøye med kvaliteten på helsehjelpen som mottas i sykehjem, samt at kommunene stadig får ansvar for flere pasienter med komplekse tilstander (Meld. St. 12 (2015-2016)).

Samhandlingsreformen, som ble iverksatt fra 1. januar 2012, er et av mange tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Et av hovedmålene for reformen er bedre samarbeid mellom sykehus og kommune med økt fokus på å gi pasientene tidlig og

god hjelp nærmest mulig der de bor. Samhandlingsreformen skal bidra til å gjøre gapet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten mindre, i tillegg til å sørge for en mer helhetlig kommunikasjon på tvers av tjenestene. Kommunene får altså en større rolle og mer ansvar (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Meld. St. 12 stiller i midlertid spørsmål ved effekten av samhandlingsreformen, da det har vært mye oppmerksomhet og uenighet om pasienter som skal skrives ut fra sykehuset. Pasientene blir taperne når samhandlingen svikter, og det oppstår stor forvirring blant pasienter og pårørende når behandlingsnivåene skylder på hverandre for at tilbudet ikke er godt nok (Meld. St. 12 (2015-2016)).

Figuren under viser pasienters erfaringer med sykehus for blant annet samhandling og utskriving, og begge indikatorene viser et forbedringspotensiale med henholdsvis 63% og 58% tilfredshet i 2014 (Meld. St. 12 (2015-2016)).



Figur 1. Pasienters erfaringer med sykehus fra 2011-2014 (Meld. St. 12 (2015-2016))

Storm *et al.*, (2014) mener at overføring av pasient fra et tjenestenivå til et annet øker risikoen for en uønsket hendelse. Ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten kan det oppstå uklarheter angående medisiner, manglende oppfølging og ufullstendig informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell. Det kan også oppstå uønskede hendelser på bakgrunn av forskjellig kompetansenivå.

Rapport fra tilsyn med Sandnes kommune (Fylkesmannen i Rogaland, 2015) viser at kommunen ikke har god nok styring/kontroll med at pasienter som hjemmesykepleien tar i mot etter sykehusopphold får forsvarlig helsehjelp de første ukene etter utskrivelse. Avviket bygger blant annet på at hjemmesykepleien ikke gjør fortløpende vurderinger om tjenestene som er igangsatt er forsvarlige og at pasienter der spesialisthelsetjenesten har argumentert for behovet for sykehjem likevel har fått hjemmesykepleie, og at denne avgjørelsen mangler helsefaglig begrunnelse.

Når pasienter er innlagt i sykehus er det ofte sykepleieren som bidrar i søknadsprosessen angående hjelp i kommunen. Søknaden baseres på pasientens eget ønske om hjelp og helsepersonellens faglige vurdering omkring behovet for hjelp. Ved utskrivelse fra sykehus er det den enkelte kommune sitt ansvar å dekke behovet for hjelp. Selve søknadsprosessen er omfattende og består av flere ledd. Ofte er også flere fagområder involvert i pasienten og det er viktig for kontinuitet i arbeidet at all informasjon blir videreformidlet. Aktuelle samarbeidspartnere, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan for eksempel være sykepleier, lege, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og ergoterapeut.

Tilbake i 2005 gjorde Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn hvor 60 kommuner ble kartlagt i forhold til hvordan personer med sammensatte helsemessige- og sosiale behov ble ivaretatt. Rapporteringen fra dette tilsynet viser at i 21 av 60 kommuner var tildeling og planlegging av tjenestetilbud fragmentert og lite koordinert i forhold til disse tjenestemottakerne. Kommunene mangler robuste systemer som sikrer at de forskjellige nivåene i helsetjenesten klarer å samarbeide og tilrettelegge for et faglig forsvarlig tilbud. Helsetilsynet påpeker at svikt i en eller flere deltjenester påvirker det helhetlige tjenestetilbudet og kan dermed ha betydning for om tjenestetilbudet er forsvarlig. Tilsynet viser også at 46 av 60 kommuner mangler strukturer og prosesser som sikrer et koordinert og helhetlig tilbud. Dette vil i praksis si at deltjenestene kartlegger pasientenes behov hver for seg, og mangler dermed systematisk kommunikasjon mellom hverandre og med pasientene. Helsetilsynet mener at disse kommunene ikke oppfyller lovkravene som sier at hver enkelt tjenestemottaker har rett på å få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Tilsynsmelding, 2005).

Helsetilsynet mener at de nevnte utfordringene i kommunene ser ut til å være basert på utfordringer med blant annet bemanning og kompetanse. Helsetilsynet påpeker at

en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer, kan bidra til en bedring i situasjonen (Tilsynsmelding, 2005).

I Statens helsetilsyns årlige melding om gjennomførte tilsynsaktiviteter i 2015, publisert i mars 2016, blir det beskrevet alvorlig svikt i overføring og informasjon mellom sykehus og kommune ved utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten¹. Dette handler til dels om måten informasjon blir oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte. Tilsynet avdekker også flere hendelser hvor kommunen ikke har fått beskjed om at pasienten er klar for utskrivning, og man risikerer dermed at kommunen ikke er klar til å ta imot pasienten. I tillegg til dette er svikt eller fare for svikt i overføring av legemiddellister omtalt i nesten alle tilsynsrapportene. Dette handler om at legemiddellister ikke blir sendt tidsnok til kommunen, og at det er feil og mangler i mange legemiddellister (Tilsynsmelding, 2016).

Funnene fra tilsynsmeldingen framlagt i mars 2016 peker på flere av de samme utfordringene som ble avdekket av Statens helsetilsyn tilbake i 2005. Dette kan tyde på at tiltakene som er satt i verk, ikke har hatt ønsket effekt.

1.2 Erfaring fra en gastrokirurgisk avdeling

Ut fra allmenne erfaringer i en gastrokirurgisk avdeling, har jeg valgt å benytte en beskrivelse av en typisk pasient som gjennomgående case. Case er ikke basert på en enkelt pasient, men belyser situasjoner som kan oppstå, sett fra sykehusets side.

For 9 måneder siden fikk Ingrid, 81år, diagnosen kreft i bukspyttkjertelen. I starten levde hun som normalt, men de siste ukene har hun blitt gradvis svakere og gått ned i vekt på grunn av redusert matinntak. I dag morges ble Ingrid funnet av sin sønn, forslått på kjøkkengulvet. Hun hadde ikke lenger krefter til å klare seg hjemme. Ingrid var også blitt gul i huden og gav uttrykk for kløe, og etter å ha tatt kontakt med sin

¹ http://www.nrk.no/norge/ny-rapport_-alvorlig-svikt-mellom-sykehus-og-kommunene-1.12835419

fastlege ble hun innlagt på gastrokirurgisk avdeling, en avdeling hun kjente godt fra tidligere utredning. Da Ingrid fikk sin kreftdiagnose var det ikke mulig å operere bort svulsten, så behandlingen har bestått i å lindre hennes symptomer på sykdom.

Under sykehusoppholdet blir det iverksatt flere tiltak. Ingrid får oppfølging av mobilt palliativt team, som er eksperter på blant annet smertelindring. Hun får råd og oppfølging av fysioterapeut og det blir gjort ERCP med stentinnleggelse for å få bort gulfargen og kløen i huden. I tillegg har Ingrid samtale med ernæringsfysiolog, som lager et opplegg for å øke næringsinntaket.

Ingrid bor til vanlig i en liten enebolig over to etasjer. Hun har klart seg godt frem til nå, og kun fått hjelp av hjemmesykepleien til å administrere medisiner. Etter sykehusinnleggelsen føler hun seg derimot avkreftet, usikker på sin tilstand og har i perioder sterke smerter. På bakgrunn av dette er det søkt om opphold på sykehjem i kommunen, etter utskrivelse fra sykehuset.

Ved utskrivelse blir oppfølgingen av det som har vært under faglig kontroll i sykehuset, noe mer usikkert. Er rutinene for søknadsprosessen fulgt og har dokumentene kommet frem til riktig mottaker? Inneholder dokumentene all nødvendig informasjon? Er informasjonen som blir sendt fra sykehuset forståelig for sykehjemmet? Får Ingrid den hjelpen hun trenger?

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av dette lyder min problemstilling som følgende:

Hvilke risikofaktorer bør kartlegges ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?

Utskrivelse av pasienter til primærhelsetjenesten gjøres daglig i sykehus. Likevel er utskrivelse en kompleks prosess med flere fallgruver. Det finnes detaljerte rutiner for utskrivelse av pasient fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, men den individuelle kvaliteten på arbeidet som blir gjort i denne fasen kan være svært

avgjørende for den videre oppfølgingen. På bakgrunn av dette ønsker jeg å studere hvilke fallgruver man kan møte i en utskrivelsesprosess fra sykehus til sykehjem og hva som kan gjøres for å forbedre pasientsikkerheten. Jeg ønsker innspill fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å forstå samspillet mellom disse, og hvilke utfordringer hver av dem møter.

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å besvare problemstillingen:

- *Hva vurderer sykepleiere som de viktigste risikofaktorene ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?*
- *Hvordan opplever sykepleiere samhandlingen mellom sykehus og kommune?*

1.4 Avgrensning

Temaet pasientsikkerhet ble valgt tidlig i prosessen, men jeg innså raskt at dette var et omfattende og svært sammensatt tema med utallige innfallsvinkler. På bakgrunn av dette er det brukt en del tid på å gjøre hensiktsmessige avgrensninger. I arbeidet med å definere en konkret problemstilling ønsket jeg å studere risikomomenter ved et pasientforløp fra innleggelse i sykehus til utskrivelse, men også dette ble for omfattende. Videre ble pasientforløpet delt opp i mindre kategorier og jeg stod da igjen med fasene ”innleggelse”, ”under innleggelse” og ”utskrivelse”.

Innleggelse av pasienter medfører ikke en umiddelbar risiko, med mindre pasienten legges inn med kritisk sykdom, fordi man i de fleste tilfeller har god tid til observasjon og diskusjon før man iverksetter tiltak. Man har også tett, tverrfaglig oppfølging av pasienten som bidrar til lavere risiko for en uønsket hendelse. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ikke fokusere på innleggelsesfasen.

Perioden hvor pasienten er innlagt i sykehus er ofte kompleks og innebærer ressurser fra forskjellige fagfelt. Ingen pasientforløp er like og man kan blant annet møte utfordringer knyttet til pasienter og pårørendes oppfatning og forståelse av situasjonen, problemer i forhold til språk og kognitiv kapasitet. Risikofaktorer under en innleggelse kan altså være svært personavhengig og kulturelt betinget da både den

enkelte situasjon, helsepersonellens ansvar og helsepersonellens erfaring har betydning for valgene som blir gjort. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ikke fokusere på perioden hvor pasienten er innlagt.

Utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten skjer daglig i sykehus, og er svært aktuelt, særlig etter samhandlingsreformen. Som nevnt tidligere i oppgaven mener Storm *et al.*, (2014) at overføring av pasient fra et tjenestenivå til et annet øker risikoen for en uønsket hendelse. På bakgrunn av dette har jeg valgt å fokusere på utskrivelse av pasient fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, fremfor innleggelse og opphold på sykehus. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å kun fokusere på utskrivelse til sykehjem, og dermed utelatt de tilfeller hvor hjemmesykepleien er involvert.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven består av 6 kapitler:

Kapittel 1 tar for seg bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensing. Det er også tatt med en oversikt over forkortelser som er brukt i oppgaven.

I **kapittel 2** gis det en oversikt over teoretiske perspektiver som er relevant for forståelsen av sikkerhetsstyring og risikoreduksjon i virksomheten. I tillegg har jeg valgt å fokusere på teoretikerne Reason, Perrow og Hollnagel samt krav om faglig forsvarlighet.

I **Kapittel 3** vil den kvalitative metoden og bruken av denne i oppgaven beskrives og drøftes.

Kapittel 4 inneholder en presentasjon av funn fra dokumentanalyse knyttet til rutiner ved utskrivelse av pasient, samt funn fra samtaler med informanter fra både spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

I **kapittel 5** drøftes de valgte teoriene opp mot dokumentanalyse og data fra samtale med informantene.

Avslutningsvis i **kapittel 6** vil trådene trekkes sammen og noen anbefalinger presenteres knyttet til fremtidig praksis.

1.6 Samhandlingsreformen

De politiske signalene fra lederne i helsetjenesten i Norge er dominert av begrepene tverrfaglighet, koordinering og samhandling. Dette er i tråd med samhandlingsreformen hvor målet er mer tilgjengelig helsehjelp lokalt, i tillegg til mer helhetlige og koordinerte tjenester. Begrepet samhandling kan defineres som *”et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”*. Samhandling kan med andre ord beskrives som et samarbeid. Samhandlingsreformen ble iverksatt som et tiltak fordi mange pasienter opplevde at tjenestene, blant annet mellom sykehus og kommune, ikke fungerte godt nok². Utdrag fra helsedirektoratet sier følgende om samhandlingsreformen: *”det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner”* (St.meld.nr. 47, 2008-2009).

Samhandlingsreformen har aktualisert samhandling som løsning på mange utfordringer innen helsetjenestene, både når det gjelder kvalitet, sikkerhet og effektivitet. Med utgangspunkt i dette ligger det trolig en forventning om høy kompetanse på tvers av helsetjenestene samt evnen til å koordinere disse på en tilfredsstillende måte. Det forventes også at helsetjenestene skal være svært effektive (Tjora & Melby, 2013).

For å oppnå vellykket samhandling mellom helsetjenestene, må partene jobbe sammen mot et felles mål. Dette krever tillit og en felles forståelse for situasjonen. Samhandling er måten man håndterer problemer som har oppstått på grunn av

² <http://www.revmatiker.no/lag/vestfold/brukermedvirkning/om-samhandlingsreformen>

kompleksitet, og jo mer kompleks en situasjon er jo mer samhandling kreves for å håndtere den (Bukve & Kvåle, 2014).

Samhandling mellom ulike fagspesialiteter og tjenestenivå er grunnleggende for å oppnå god kvalitet i helsetjenesten. Faktorer som kan påvirke kvaliteten og føre til økt risiko for feil er informasjonsoverføring, kompetanse og ansvars- og oppgavefordeling (Øgard & Hovland, 2004). Mangelfull samhandling er ofte den største utfordringen innenfor kvalitetsforbedringsarbeid men også ressurser, kompetanse og teknologiske virkemidler spiller inn (Bukve & Kvåle, 2014). En artikkel skrevet av WHO peker på viktigheten av nøyaktig informasjonsoverføring i arbeidet med pasienter. Ved en sykehusinnleggelse møter pasienten for eksempel tre skift med helsepersonell på kun én dag, noe som innebærer stor risiko for misforståelser og mangelfull informasjon, som igjen kan føre til dårlig kontinuitet, feil behandling og potensiell skade på pasienten (World Health Organization, 2007).

1.7 Forkortelser

Følgende forkortelser vil bli brukt i oppgaven:

DIPS:	Distribuert informasjons- og pasientdatasystem i sykehus
DSB:	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap
ERCP:	Endoscopic retrograde cholangiopancreatography
EQS:	Extend Quality System
HRO:	High Reliability Organisations
MPT:	Mobilt palliativt team
PLO:	Pleie- og omsorgsmelding
SUS:	Stavanger universitetssykehus
WHO:	World Health Organization

2 Teoretisk rammeverk

Begrepet risiko er sentralt i denne oppgaven og tre ulike perspektiver på risiko blir presentert. Deretter blir det gjort rede for bruk av risikovurdering og begrepet risikoforståelse, samt krav om faglig forsvarlighet. Tilslutt, i dette avsnittet, vil teorier omkring risiko belyses gjennom henholdsvis Reason, Perrow og Hollnagels syn.

2.1 Risiko

I risikostyring legger man ofte til grunn at risiko handler om noe ukjent som kan skje i fremtiden. Ofte knyttes risiko opp mot negative eller farlige hendelser som ulykker, sykdom eller naturkatastrofer, men risiko kan også ha positive utfall. Risiko kan i et slikt perspektiv defineres som fremtidige hendelser og konsekvensene av disse, med tilhørende usikkerhet (Aven *et al.*, 2010). Usikkerhet må sees i forhold til hvem som gjennomfører analysen og deres bakgrunnskunnskap. I tillegg avhenger usikkerheten av fenomener, utstyr og prosesser. Noen aktiviteter inneholder høyere risiko fordi konsekvensene er store eller intensive i forhold til liv, miljø og/eller penger som menneskene verdsetter (Aven *et al.*, 2010). Andre aktiviteter har lav risiko fordi det er lite sannsynlig at en hendelse vil inntreffe eller at konsekvensene er små.

Ulike fagområder og disipliner definerer risiko forskjellig. Risiko har variert tilnærming ut fra hvilken fagdisiplin man hører til samt hvilket fokus man velger å benytte. Ingeniørperspektivet beregner sannsynlighet multiplisert med konsekvens, og konsekvensen angir potensiell fysisk skade for menneske eller økosystem. Som kontrast til dette finner man økonomiperspektivet som vurderer sannsynlighet i forhold til gevinst eller tap i form av penger. Usikkerhetsmomentet er til stede i begge perspektivene ettersom vi ikke vet hvordan utviklingen vil bli (Olsen *et al.*, 2008). Den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen samsvarer i stor grad med Terje Avens (2009) definisjon av risiko. Han definerer risiko som en kombinasjon av mulige konsekvenser og tilhørende usikkerhet. Denne tilnærmingen er også relevant innenfor helsetjenesten, men risiko er sjelden definert slik der.

Risiko i helsetjenesten blir ofte beskrevet som sannsynligheten for at noe uønsket skal

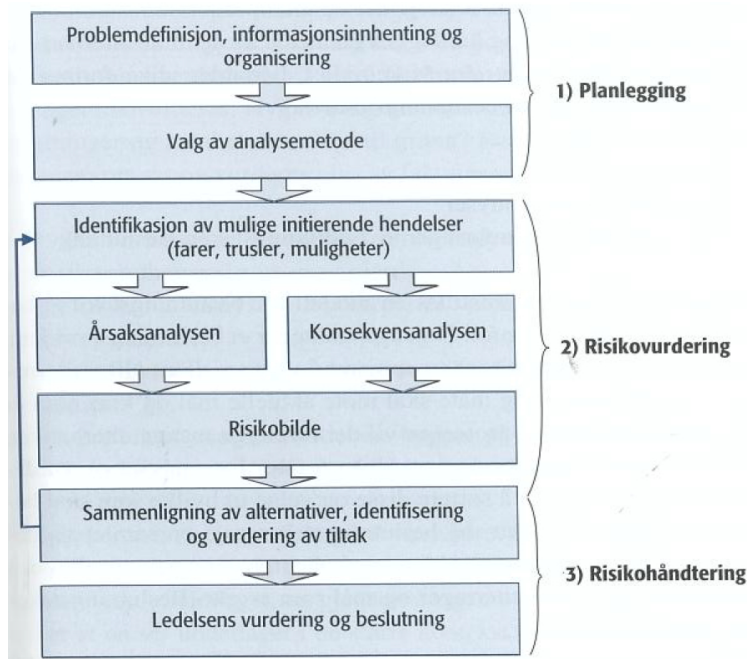
skje. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap sier: ”risiko er en vurdering av om en hendelse kan skje, hva konsekvensene vil bli og usikkerheter knyttet til dette”. Bruken av risikobegrepet, uavhengig av bransje, avhenger i stor grad av hvordan man oppfatter og håndterer usikkerheter. I § 11 i forskrift fra 12.02.2010 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumvirksomheten står det:

”Med risiko menes konsekvensene av virksomheten med tilhørende usikkerheter. [...] Med tilhørende usikkerhet menes her usikkerhet relatert til hva konsekvensene av virksomheten kan bli. Gitt beskrivelsen av konsekvensene ovenfor, så relaterer usikkerheten seg til både hvilke hendelser som kan inntreffe, til hvor ofte de vil inntreffe, og til hvilke skader på eller tap av menneskers liv og helse, miljø og materielle verdier de ulike hendelsene kan gi”.

Basert på dette ser man at det tradisjonelle sannsynlighetsbegrepet er i ferd med å bli erstattet av et videre usikkerhetsbegrep. Dette utvidede risikobegrepet kan være svært nyttig når man arbeider med et system man ikke kjenner særlig godt, da forenklinger kan føre til at man mister vesentlige sider ved risikoen. På bakgrunn av dette kan man si at denne måten å håndtere risiko på passer godt i mange sosiale system som inneholder komplekse, uforutsigbare mekanismer (Braut, 2016).

2.2 Risikoanalyseprosessen

Risikoanalyser benyttes til å danne et risikobilde hvor systematiske metoder for å identifisere, analysere og vurdere risiko er nødvendig for å gi underlag for beslutning. Ved bruk av risikoanalyser kan risiko styres og reduseres. Risikoanalyseprosessen består av 3 faser: planlegging, risikovurdering og risikohåndtering. Figuren under viser hele risikoanalyseprosessen, og innholdet i de forskjellige fasene. (Aven *et al.*, 2010).



Figur 2. Risikoanalyseprosessen (Aven, 2010)

Det finnes tre hovedkategorier av risikoanalysemetoder:

- Forenklet risikoanalyse
- Standard risikoanalyse
- Modellbasert risikoanalyse

Forenklet risikoanalyse er en kvalitativ, mer uformell fremgangsmåte hvor man kartlegger risikobildet ved hjelp av idédugnad og gruppediskusjoner. Her vil man kunne presentere risiko på en grov skala, for eksempel liten, moderat eller stor.

I flere tilfeller vil det være tilstrekkelig å presentere risiko på denne måten, og figuren under er et eksempel på et risikobilde fremstilt i en risikomatrix. Hendelser som befinner seg i grønn sone er tilfredsstillende og krever ikke risikoreduserende tiltak. Ved hendelser i gul sone bør man iverksette risikoreduserende tiltak og hendelser i rød sone må ha risikoreduserende tiltak. Kritik til denne måten å presentere risiko på kan være usikkerhet knyttet til om de antagelsene man baserer valgene på er riktige. Små feil i antakelsene kan føre til at risikoen havner i gul sone, selv om den burde vært i rød (Aven, 2009).

		Konsekvens				
Sannsynlighet		Ubetydeleg 1	Lav 2	Moderat 3	Alvorleg 4	Svært alv./kritisk 5
	Svært stor 5					
	Stor 4					
	Moderat 3					
	Liten 2					
	Svært liten 1					

Figur 3. Risikomatrise (Aven, 2010)

Standard risikoanalyser kan ha både kvalitative eller kvantitative fremgangsmåter hvor man benytter formaliserte og anerkjente risikoanalysemetoder. Eksempler på dette kan være HAZOP og grovanalyse. Også her bruker man ofte risikomatriser til å fremstille resultatene.

Modellbasert risikoanalyse har en primært kvantitativ fremgangsmåte og bruker teknikker som for eksempel hendelsestreanalyse og feiltreanalyse til å beregne risiko (Aven, 2009).

2.2.1 Risikovurdering

Videre i oppgaven rettes fokus mot selve risikovurderingsfasen, da det er dette som er mest relevant for helsepersonell i praksis. De forskjellige stegene i risikovurderingen knyttes opp mot case i punkt 1.2 og illustreres i ”bow-tie-diagrammet” under.

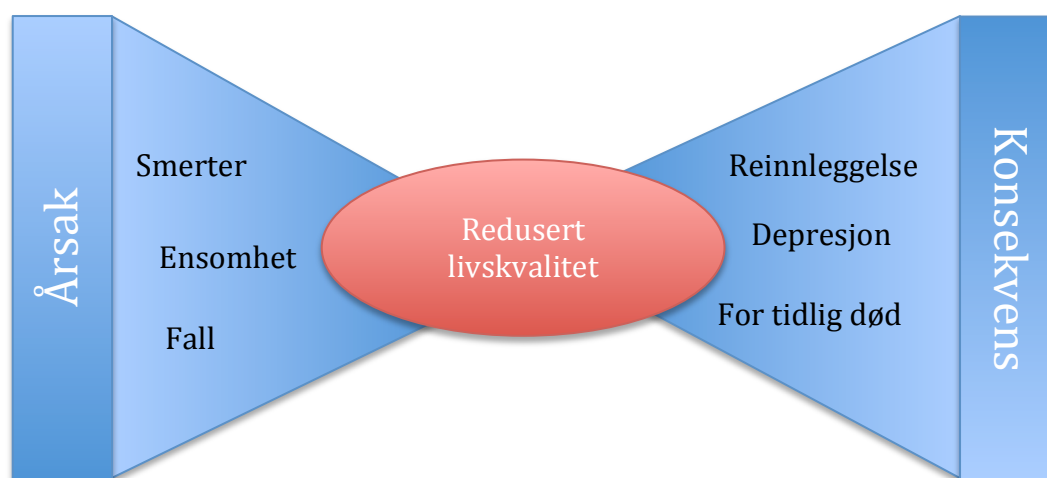
Første steg i risikovurderingsfasen er å kartlegge potensielle uønskede hendelser. Aven *et al.*, (2010) setter fokus på viktigheten av dette fordi det du ikke har identifisert, er vanskelig å beskytte seg mot. Som nevnt tidligere finnes det flere metoder for å identifisere farer. Generelt kan man si at alle metodene baseres på en form for strukturert idédugnad, hvor man kan ta i bruk sjekklister, ledeord osv. for å etablere et fareregister som er så komplett som mulig. Systematikk og struktur i denne prosessen er særlig viktig for å identifisere de sjeldne, uvanlige og ikke-erfarte hendelsene (Aven *et al.*, 2010). Case tidligere i oppgaven legger grunnlaget for

identifisering av flere uønskede hendelser. Eksempler på dette kan være underernæring, redusert livskvalitet og en uverdigg død.

Etter identifisering av potensielle uønskede hendelser skal man utføre en årsaks- og konsekvensanalyse. I årsaksanalysen studeres hva som må til for at en uønsket hendelse skal inntreffe. Identifisering av forebyggende tiltak er også en del av analysen (Aven *et al.*, 2010). Dersom den uønskede hendelsen er redusert livskvalitet, kan årsaker til dette for eksempel være smerter, ensomhet eller fall. Et forebyggende tiltak kan for eksempel være oppfølging av mobilt palliativt team (MPT), som er spesialister på smertebehandling.

Konsekvensanalysen skal være en vurdering av hvilke mulige konsekvenser den uønskede hendelsen kan medføre. Her ser man ofte konsekvenser i form av tap knyttet til økonomi, sikkerhet for personell og påvirkning av miljø. Identifisering av konsekvensreducerende barrierer er også en del av denne analysen (Aven *et al.*, 2010). Konsekvenser av redusert livskvalitet kan for eksempel være reinnleggelse i sykehus, depresjon eller for tidlig død.

Det gjøres én årsaks- og konsekvensanalyse for hver av de uønskede hendelsene. ”Bow-tie-diagrammet” under illustrerer et eksempel på det totale risikobildet for den uønskede hendelsen ”redusert livskvalitet” (Aven *et al.*, 2010).



Figur 4. Bow-tie-diagram (Basert på Aven *et al.*, 2010)

2.2.2 Risikovurdering ved SUS

Stavanger universitetssjukehus har utarbeidet en egen standard for risikovurdering og beskriver denne gjennom fem punkter³:

1. Definere områder for risikovurdering
2. Definere forhold/ aktiviteten som kan medføre risiko
3. Vurdere sannsynlighet for at risikoelementet inntreffer og konsekvensen dette får for aktiviteten. Forhold med høyest risiko skal prioriteres.
4. Sette verdiene for sannsynlighet og konsekvens inn i matrisen for enkel risikovurdering
5. Beskriv tiltak

Det fremgår av rutinen for enkel risikovurdering at en slik risikovurdering skal gjennomføres ved omstillinger, før for eksempel igangsetting av ny aktivitet, bruk av nytt utstyr, flytting/ombygging, omorganisering og lignende. Vurderingen må inneholde mulige konsekvenser for pasientsikkerhet, psykososialt arbeidsmiljø, vesentlige endringer for ansatte, økonomi og fysisk arbeidsmiljø/bygningsmasse.

Rutinen for enkel risikovurdering peker tilslutt på viktigheten av å vurdere tiltak for å håndtere risiko. For risikoforhold som anses uakseptable (rød sone), er tiltak påkrevd. Videre kommer risikoforhold som tilsier at det bør gjennomføres tiltak (gul sone). Grønn sone innebærer en akseptabel risiko, og behøver dermed ingen tiltak. Ved iverksetting av tiltak skal man ta stilling til om det er sannsynligheten eller konsekvensen som skal reduseres for å minske den totale risikoen. Tilslutt prioriteres tiltakene, og det settes opp en ansvarlig person og tidsfrist for hvert enkelt tiltak.

2.3 Risikopersepsjon

Menneskers subjektive oppfatning av risiko, også kalt risikopersepsjon, beskriver hva folk betrakter som trygt eller utrygt. Begrepet omhandler hvordan man bearbeider

³ Hentet fra SUS sitt kvalitetssystem, EQS ID: 2689

signaler eller informasjon om potensielle uønskede hendelser, og hvordan man former egen forståelse av hvor alvorlig den er, sannsynligheten for at den inntreffer og om man skal akseptere den eller sette i verk tiltak (Renn, 2008). Tidligere studier har vist at det lett oppstår uoverenstemmelser mellom lekfolks vurdering av fare og statistiske ulykkes- og skadefrekvenser. Risikopersepsjon avhenger av hva man har i minnet, og hva man er i stand til å se for seg. Feilvurderinger er vanlige og blir gjort fordi man har stor tro på at de er riktige. Det er derimot viktig å stole på menneskelige vurderinger som et tillegg til formelle metoder og anerkjenne at manglende informasjon fører til at mennesker ofte bruker intuisjon. Kunnskaper om risikopersepsjon er en forutsetning for vellykket risikokommunikasjon for eksempel når det skal gis opplysninger om helserisiko forbundet med matvarer eller bivirkninger av legemidler.⁴

2.4 Krav om faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlig sykepleie har sitt fundament i aktuell og relevant fagkunnskap og lovverk og er en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan man bør utøve arbeidet. Kravet tar utgangspunkt i pasientenes behov, den aktuelle situasjonen og tverrfaglig samarbeid. Faglig forsvarlighet er både den enkeltes ansvar og virksomhetens ansvar, og handler hovedsakelig om pasientsikkerhet og kvalitet. Hensikten med kravet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med normen og dermed unngå unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på dette. Å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som betyr at virksomheten må arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som ledelsen må vurdere og innarbeide, i tillegg til at det regelmessig vil oppstå endringer i pasientenes behov (Prop. 91 L (2010-2011)). Helsepersonellovens § 4 sier følgende om forsvarlighetsbegrepet:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner,

⁴ Risikopersepsjon. (2012, 10. februar). I Store norske leksikon. Hentet 30. november 2015 fra <https://snl.no/risikopersepsjon>.

*arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid med annet kvalifisert personell”.*⁵

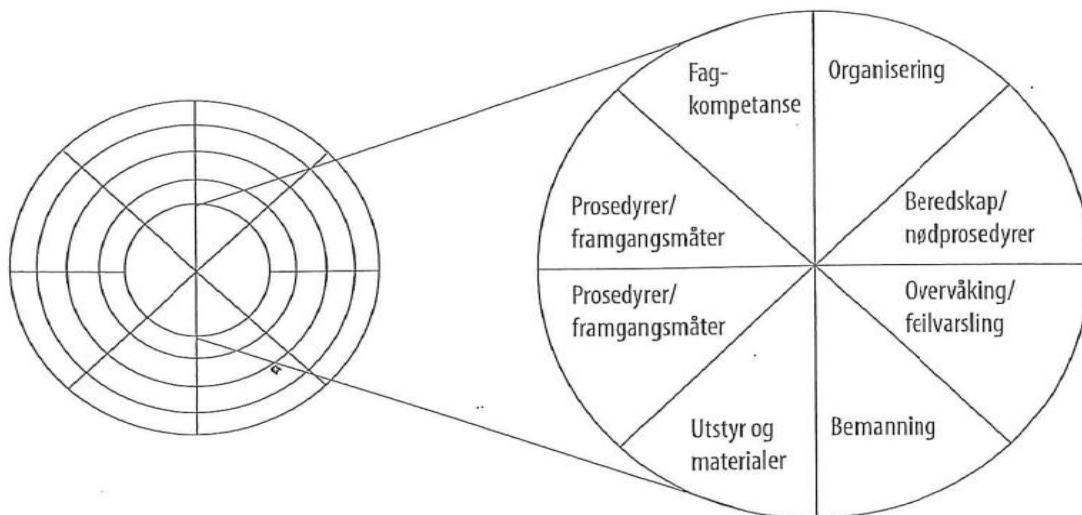
Krav om faglig forsvarlighet er både en lovregulert minstestandard for det som kan godtas, og en rettesnor for god praksis. For å sikre at man ikke risikerer å opptre faglig uforsvarlig, må det planlagte nivået på helsehjelpen ligge høyere enn minstestandarden. Normen brukes i tillegg som et utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig (Prop. 91 L (2010-2011)).

Forsvarlighetskravet bygger på hva som vanligvis bør kunne forventes av helsepersonell i den aktuelle situasjonen. Basert på dette gis det derfor forskjellig innhold for helsepersonell i ulike situasjoner. Innholdet forandrer seg også over tid i tråd med utviklingen av ny kunnskap og metoder. Forsvarlighetskravet er altså ikke noen fast målbar standard. Det forutsetter at vi til enhver tid har fokus på og diskuterer kravene til faglig forsvarlig yrkesutøvelse og kommer fram til enighet om en faglig standard for et forsvarlig tjenestetilbud (Prop. 91 L (2010-2011)).

En rettslig standard kan fremstilles som en blink der kjernen utgjør sentrum med sine ulike normer. Disse forskjellige normene kan for eksempel være fagkompetanse, organisering og samhandling, bemanning, utstyr og beskrivelser av prosedyrer. Første trinn består av å klarlegge hva som er anerkjent god, faglig praksis.

Neste trinn er å avklare hvor yttergrensene for hva som er akseptabelt, altså hvor grensen for det lovlige går. Figuren under illustrerer en blink med sine ulike typer normer som må være tilstede for å yte god praksis (Lindøe *et al.*, 2015).

⁵ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1

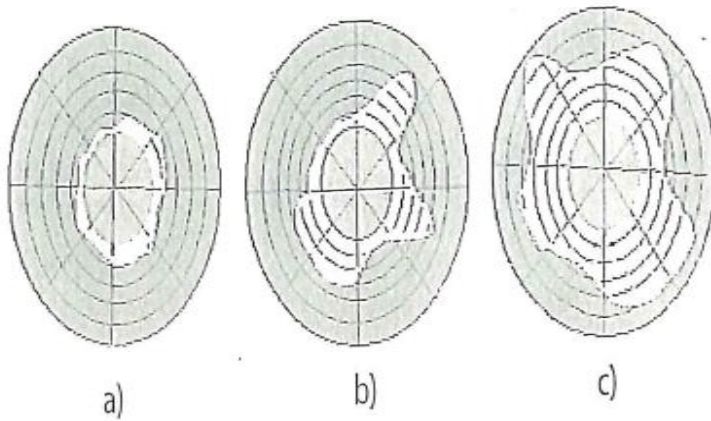


Figur 5. Kjernen i en rettslig standard (Lindøe et al., 2015)

Neste figur inneholder en sentral boble som viser hvor man kan forvente at helsetjenesten skal ligge, altså en grense for god faglig praksis. Den ujevne streken rundt viser et varierende handlingsrom for planlagte og tilfeldige avvik, og definerer grensen mot det uforsvarlige. Dette handlingsrommet varierer fra situasjon til situasjon og er avhengige av faktorene beskrevet i en rettslig standard. Stjernene i figuren viser kritiske punkter hvor det finnes størst fare for svikt, og både ledere og arbeidstakere bør ha kontroll over disse punktene i sin organisasjon for å unngå uønskede hendelser (Braut, 2012).

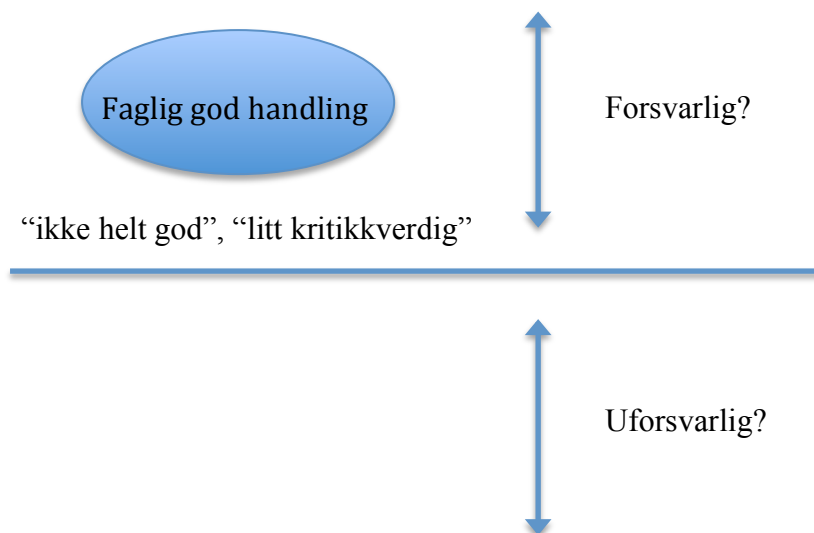


Figur 6. Risikopunkter (Basert på Braut, 2012)



Figur 7. Illustrasjon av ulike typer rettslige standarder (Lindøe et al., 2015)

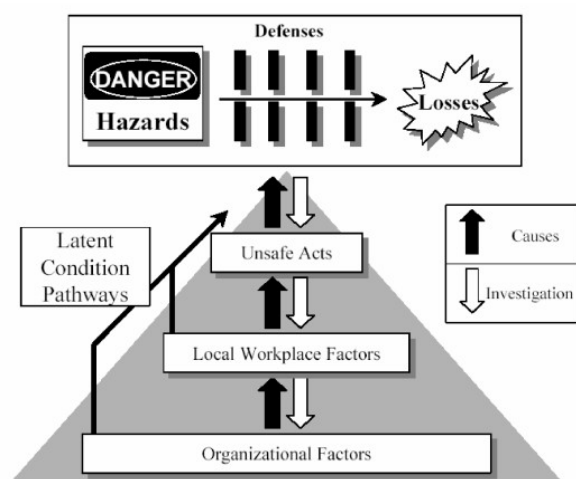
Figurene over viser muligheten for et varierende handlingsrom, men kravet tilsier at helsepersonell skal utøve sin virksomhet i tråd med faglige normer og bestemte krav til yrkesutøvelsen. Hensikten er å unngå unødig skade på pasientene. Pasienter innlagt i sykehus har en forventning om at helsehjelpen de mottar er av god kvalitet. Hva som for øvrig er å regne som forsvarlig virksomhet må avgjøres etter en konkret vurdering av det enkelte tilfellet. Dette kan være utfordrende da en vurdering av hvor denne grensen går er person- og situasjonavhengig.



Figur 8. Faglig forsvarlig praksis? (Basert på Molven, 2014)

2.5 Organizational accidents (Reason)

Reasons (1997) teori om Organisatoriske ulykker betegner ulykker med sammensatte årsaker og involverer mennesker på ulike nivå i organisasjonen. Reasons grunntanke er at dersom man vil forstå hvordan en ulykke oppstår, må man se på alle bakenforliggende årsaker. Han mener altså at menneskelige feil ikke er årsak til ulykker, men en konsekvens av dem. Det er menneskelig å begå feil, og derfor må organisasjonen tilpasses og tilrettelegges for å unngå disse feilene. Modellen under viser ulike stadier i utviklingen av en ulykke, og hvordan en ulykke kan ha flere årsaker.



Figur 9. Hazards, Defences and losses (Reason, 1997)

Modellen inneholder tre ulike nivå; organisatoriske faktorer, lokale arbeidsplassfaktorer og utrygge handlinger. En årsakskjede som fører frem til en ulykke oppstår ofte på bakgrunn av organisatoriske faktorer. Selv om en uønsket hendelse i mange tilfeller utløses av utrygge handlinger, har disse ofte sine årsaker i de lokale arbeidsplassfaktorene eller i de organisatoriske faktorene.

Eksempler på organisatoriske faktorer kan være økonomi, fordeling av ressurser og ledelse som igjen påvirker de lokale arbeidsplassfaktorene i form av opplæring, tidspress, utilstrekkelig utstyr og kommunikasjon. Noen av disse forholdene er forhold som det enkelte individ ikke har kontroll over, og kan betegnes som latente

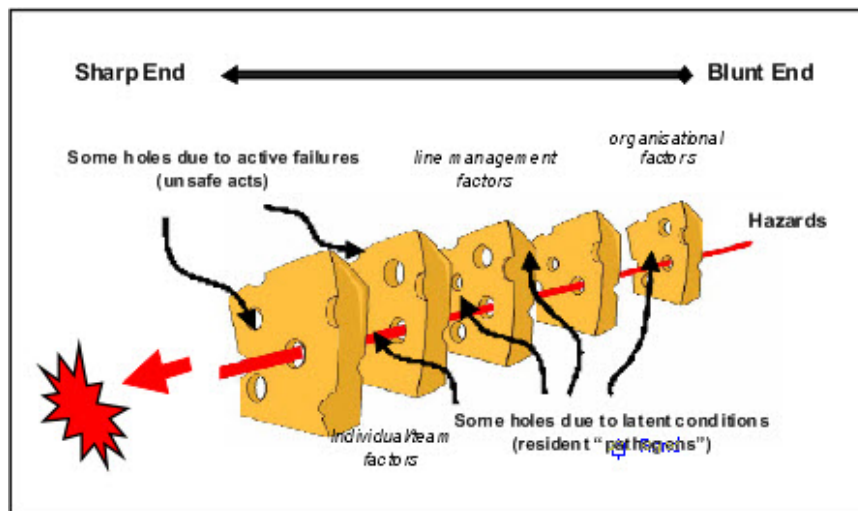
forhold eller systemfeil. Ved å kombinere latente forhold med menneskelige feilhandlinger, også kalt aktive feil, kan en ulykke oppstå (Reason, 1997).

Aktive feil forårsakes av mennesker i den skarpe enden og eksempler på dette kan være piloter, operatører, vedlikeholdspersonell osv. som begår feil. I følge Reason (1997) er menneskelige feilhandlinger involvert i alle organisasjonsulykker. Latente forhold er i følge Reason (1997) svakheter i systemet som gjør at en feilhandling får lov til å utvikle seg til en ulykke. Eksempler på dette kan være manglende opplæring, dårlig design, manglende vedlikehold, uhensiktsmessige prosedyrer, uhensiktsmessig automatisering eller manglende trening.

Reason (1997) representerer synet man finner i teorien high reliability organisations (HRO), og er av den oppfatning at alvorlige ulykker langt på vei kan unngås gjennom forbyggende arbeid ved bruk av flere lag med forsvar og redundante løsniger. Samtidig gjør denne typen forsvar systemene mer komplekse og mindre oversiktlige for menneskene som skal håndtere dem. Arbeiderne i den skarpe enden blir distansert fra arbeidet både fysisk og intellektuelt. For mye kontroll og fokus på prosedyrer kan redusere årvåkenheten til den enkelte medarbeider, og føre til feil.

Reason illustrerer forsvar i dybden ved hjelp av sveitserostmodellen, og modellen har fått sitt navn fordi et forsvar kan tenkes oppbygd som lag på lag med sveitserostskiver. I en ideell verden er hvert lag helt tett, men slik er det ikke i virkeligheten. I praksis finner man forskjellige "hull" i barrierene, som igjen representerer svakheter i forsvaret og kan skyldes både aktive feil og latente forhold.

Den røde streken i figur 10 viser gjennomgående hull i alle forsvar og barrierer og kan under spesielle omstendigheter føre til det Reason kaller en organisasjonsulykke. En organisasjonsulykke krever at flere uheldige forhold er tilstede samtidig (Reason, 1997).



Figur 10. Swiss cheese model (Reason, 1997)

2.6 Normal accidents (Perrow)

Charles Perrow står bak teorien om Normal Accidents og mener at selv om katastrofer oppstår svært sjelden, så er de likevel ikke til å unngå. Han er opptatt av systemperspektivet og mener at jo mer avansert systemene blir, jo mer sannsynlig er det at noe svikter. Fokuset ligger på egenskapene i systemene, ikke ved den som behandler dem. Kombinasjonen av forhold som kompleksitet, gjensidig avhengighet og uforutsigbarhet er nøkkelford i denne sammenheng, og kan i følge Perrow legge grunnlaget for en systemulykke (Perrow, 1999).

I følge Perrow består enhver organisasjon av følgende 6 hovedkomponenter:

- Design - Utforming
- Equipment - Utstyr
- Procedures - Prosedyrer/rutiner
- Operators - Operatører/arbeidere
- Suppliers - Materiell/forsyninger/leveranser
- Enviroment - Omgivelser

Videre beskriver han 4 systemnivåer bestående av del, enhet, subsystem og systemet.

Del er den minste enheten i systemet, for eksempel en pakning i en dymano. Enhet er en samling av deler som sammen utgjør for eksempel en dymano. Subsystem er en samling av enheter som til sammen utgjør et system, for eksempel det elektriske anlegget til en bil. Til slutt har vi det totale systemet, eller systemet som Perrow kaller det, og i denne sammenhengen vil systemet være selve bilen (Perrow, 1999).

Disse begrepene er sentrale for å forstå hvordan Perrow forklarer ulykker. Ikke alle uønskede hendelser kan kalles en ulykke. En ulykke er en svikt eller feil i subsystemet og/eller totalsystemet som ødelegger mer enn en enhet og som hindrer den pågående eller fremtidige driften av systemet. En uønsket hendelse som ødelegger en del eller en enhet er en hendelse, ikke en ulykke (Perrow, 1999).

Perrow bruker begrepene interaksjoner og koblinger og disse forteller noe om hvordan ting fungerer sammen og hvor nært knyttet de er til hverandre. Jo mer komplekse interaksjoner og jo tettere koblinger mellom delsystemene, jo større er sannsynligheten for systemulykker.

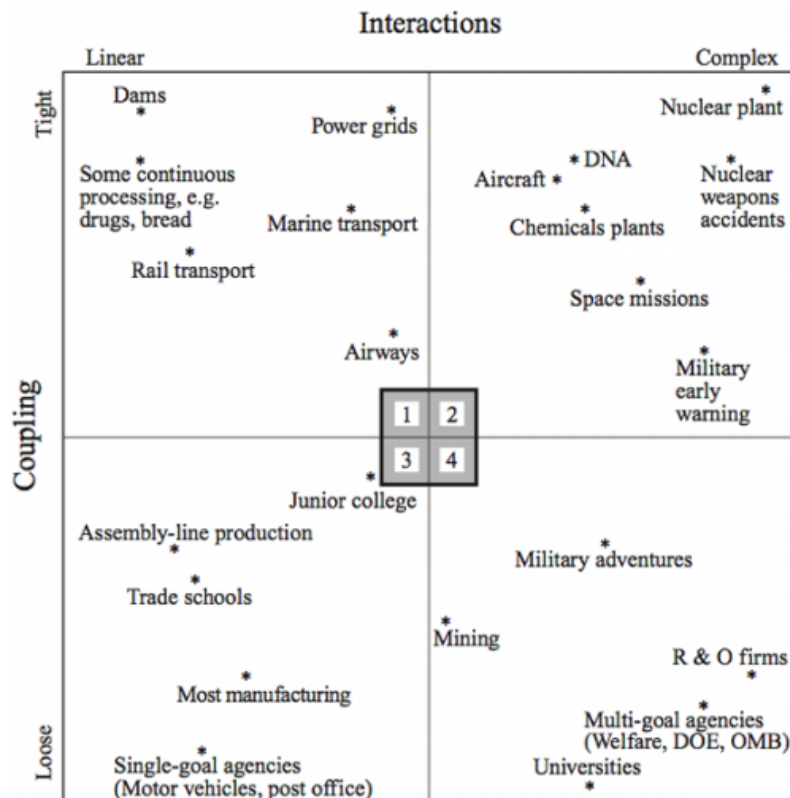
Komplekse interaksjoner er når deler, enheter og subsystem kan kobles sammen på forskjellige måter og i ulik rekkefølge. Lineære interaksjoner er derimot enklere, mer forståelige og synlige prosesser. Perrow mener at komplekse interaksjoner vil føre til økt sannsynlighet for multiple funksjonsfeil, og ofte vil man forsøke å unngå dette ved å tilføye mer redundans i systemet. Dette vil i midlertid føre til et enda mer komplekst system, og sannsynligheten for en systemulykke øker (Perrow, 1999).

En annen faktor for å forstå hvordan ulykker oppstår beskriver Perrow (1999) ved hjelp av begrepene tette og løse koblinger. Tette koblinger betyr at det ikke er slakk mellom to objekter. Dersom det ene objektet blir påvirket vil dette få en umiddelbar effekt på det andre objektet. Løse koblinger er mer fleksible og gjør systemet robust mot uforutsette hendelser. Forskjellene mellom løse og tette koblinger er:

LØSE KOBLINGER	TETTE KOBLINGER
<ul style="list-style-type: none"> • Ikke avhengige av hverandre • Rekkefølge på produksjonssekvenser kan endres • Forsinkelse i prosessene er mulig • Flere muligheter til å nå målet 	<ul style="list-style-type: none"> • Forårsaket/avhengige av hverandre • Fast rekkefølge • Forsinkelser i prosessene er umulig • Kun en mulig metode for å nå målet
<ul style="list-style-type: none"> • Ledige ressurser tilgjengelig 	<ul style="list-style-type: none"> • Få eller ingen ledige ressurser tilgjengelig

Ved å kombinere lineære og komplekse systemer med tette og løse koblinger får man fire hovedtyper av organisasjoner. Figur 8 illustrerer hvordan Perrow karakteriserer ulike systemer ut fra kobling og interaksjoner.

1. Lineære (systemer)/tette (koblinger)
2. Komplekse (systemer)/tette (koblinger)
3. Lineære (systemer)/løse (koblinger)
4. Komplekse (systemer)/løse (koblinger)



Figur 11. Interaksjons/koblingskart (Perrow, 1999)

Perrow fokuserer på ulike strategier for å kontrollere systemene alt etter hvordan de er preget av interaksjoner og koblinger.

Systemer med stor grad av komplekse interaksjoner som er løst koblet, vil ha potensial for uventede interaksjoner mellom feil. De løse koblingene gir imidlertid rom for å håndtere feil før de utvikler seg til en ulykke. For å utnytte dette potensialet mener Perrow at kontroll av slike systemer bør være desentralisert. Vanligvis vil operatører av systemet være de som kan oppdage feil først, og derfor bør disse ha frihet til å håndtere de.

I systemer med tette koblinger og lineære interaksjoner, vil feil oppstå i forventede sekvenser og være synlige. Samtidig vil de tette koblingene føre til at feil forplanter seg hurtig i systemet. Her vil det være dårlig tid for den enkelte operatør til å undersøke systemet og samtidig ha oversikt over andre deler av systemet, noe som tilsier at kontroll av systemet må være sentralisert. Håndtering av slike hendelser bør være planlagt på forhånd, i tillegg til at det bør gjennomføres øvelser på håndtering av krisesituasjoner.

Både sentralisert og desentralisert styring vil fungere for å kontrollere systemer med løst koblede og lineære interaksjoner.

Det oppstår derimot et organisatorisk dilemma når systemet er preget av komplekse interaksjoner og tette koblinger. Kompleksitet håndteres best med desentralisering, mens tette koblinger tilsier sentralisering. Det kan være mulig å kombinere disse to formene for organisering, men Perrow mener det vil oppstå spenninger mellom de to formene for kontroll, og organisasjonen vil dermed bruke mye tid på å håndtere dette. Det er ingen god måte å organisere for å håndtere kompleksitet og tette koblinger, og systemet vil være utsatt for systemulykker (Perrow, 1999).

2.7 Safety-II (Hollnagel)

Sikkerhet blir tradisjonelt sett beskrevet som en tilstand med fravær av uønskede hendelser eller frihet fra fare og frykt. Hollnagel (2014) beskriver dette gjennom begrepet Safety-I hvor han er opptatt av at antall uønskede hendelser skal være så få som mulig. Hovedmålet er å finne ut hva som har gått galt eller hva som kan gå galt ved en hendelse, i tillegg til hvorfor det gikk galt. Safety-I oppnås ved å sørge for at hendelser ikke går galt. Hollnagel beskriver Safety-I som en reaktiv tilnærming fordi fokuset ligger på å telle hendelser hvor det svikter, i stede for hendelser hvor man lykkes.

I tillegg til Safety-I snakker Hollnagel om Safety-II. Dette begrepet kan ses på som en videreføring av Safety-I. Her ligger fokuset på hvorfor hendelser lykkes. For å finne ut hva som går godt må man studere prosedyrer, rutiner, opplæringsprogram osv. og se dette i forhold til faktisk praksis på arbeidsplassen. Fokuset ligger på det daglige arbeidet, og informasjonen hentes gjennom observasjon eller intervju av ansatte.

Hollnagel sier at for hver uønskede hendelse har man 9.999 hendelser hvor det går godt, og fokuset rettes mot hvorfor man lykkes i stede for hva som kan gå galt. Hollnagel beskriver Safety-II som evnen til å lykkes under varierende betingelser, og man bruker de positive hendelsene/erfaringene til å bli bedre. Ved en uønsket hendelse kan man være sikker på at det har gått bra tidligere, og at det vil komme til å

gå bra senere. Hollnagel sier videre at for å forstå hvorfor man feiler, må man forstå hvorfor man lykkes. Safety-II kan ses på som en proaktiv tilnærming (Hollnagel, 2014).

Som nevnt tidligere sier Hollnagel at enhver organisasjon må ha evnen til å lære. Fokuset bør ligge på mindre hendelser som skjer hyppig, i stede for store ulykker som sjelden gjentar seg. Det er viktig å fokusere både på hva som går galt i tillegg til hva som går godt. Hollnagel sier ikke at det ene perspektivet er bedre enn det andre, men påpeker fordelene ved å kombinere disse to måtene å tenke på (Hollnagel, 2014).

2.8 Oppsummering teori

Oppgaven handler om hvilke risikofaktorer som bør kartlegges ved utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og teorier omkring risiko og risikovurdering er sentralt innen dette temaet. Begrepet risiko handler om noe ukjent som kan skje i fremtiden, og har ofte negative konsekvenser. I denne sammenhengen snakker man om negative konsekvenser for pasienten. En vurdering av risiko med påfølgende årsaks- og konsekvensanalyse er nødvendig for å identifisere farer og sette i verk tiltak. Teori omkring risikopersepsjon er inkludert fordi mennesker oppfatter risiko ulikt, og kunnskaper om risikopersepsjon er en forutsetning for vellykket risikokommunikasjon.

Krav om faglig forsvarlighet er en lovregulert minstestandard for hva som ansees som god praksis. Faglig forsvarlighet innebærer at man til enhver tid har fokus på hva som er det beste for den enkelte pasient, slik at man unngår uønskede hendelser. Utfordringen ved dette kan være et varierende handlingsrom for hva som ansees for god faglig praksis, og er situasjonsavhengig.

Teoretikerne Reason, Perrow og Hollnagel er valgt fordi alle sier noe om risikoreduserende tiltak i virksomheter. Reason og Hollnagel finner vi under perspektivet om High Reliability Organisations, og begge innehar tanken om at ulykker kan forebyggens gjennom intelligent organisasjonsdesign og god ledelse (Vestly, 2015). De peker også på viktigheten av gode systemer med redundante

løsninger og retter fokus på læring og opplæring. SUS sin strategiplan frem mot 2020 bygger på å utvikle sine tjenester for å kunne møte fremtidens utfordringer og fortsatt gi befolkningen en trygg og kvalitativ spesialisthelsetjeneste. Dette passer godt inn i HRO-perspektivet.

Perrows tankegang kan ses som et motstykke til Reason, og hevder at ulykker nærmest er uunngåelig. Perrow finner vi under perspektivet om Normal Accidents, som innebærer at jo mer komplekse og tette systemene blir, jo mer alvorlig blir ulykkene. Samhandling mellom sykehus og kommune er en svært kompleks prosess og derfor mener jeg denne teorien er relevant.

Tilslutt er Hollnagels Safety-II tenkning tatt med for å ha fokus på å lære av positive erfaringer. Internundervisning og fokus på opplæring hvor erfarne sykepleiere overfører sin kunnskap til nyansatte er et eksempel på Safety-II tenkning. Fokuset ligger på hvorfor ting går bra, og man tilstreber dette ved å legge til rette for for eksempel opplæring.

3 Presentasjon av metode

I det følgende kapittel vil jeg begrunne og diskutere de metodiske valg som er gjort for å besvare oppgavens problemstilling. Avslutningsvis vil det bli gjort rede for studiens gyldighet og pålitelighet, samt andre forskningsetiske vurderinger.

3.1 Litteratursøk

Jeg har gjort flere litteratursøk med fokus på risikofaktorer ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem. Fagdatabasene som er benyttet er Cinahl, PubMed, Academic Search Premier og AMED, samt bibliotekdatabasen Oria. Jeg har gjort en avgrensning ved å kun inkludere artikler fra de siste 10 årene for å få aktuelle treff. Engelske søkeord som er benyttet er blant annet ”handover”, ”risk”, ”transitional care”, ”transitions” og ”communication”. Norske søkeord har blant annet vært ”samhandling”, ”utskrivelse”, ”overføring” og ”risiko”. Søkeordene er brukt både alene og i kombinasjoner.

Ved å kombinere transitional care, risk og communication fikk jeg 8 treff i Cinahl. De samme ordene fikk 38 treff i databasen PubMed. Søkeordene samhandling og risiko, i kombinasjon, er forsøkt i samtlige databaser, uten treff.

Jeg har gjennom litteratursøkene funnet en del forskning angående risikomomenter ved utskrivelse av pasienter fra sykehus til hjemmet, men det viser seg å være lite forskning angående utskrivelse fra sykehus til sykehjem. Dette kan tyde på at denne delen av sykehusforløpet er lite belyst og at det behøves mer forskning på området.

Svakheter ved denne måten å søke på kan være at jeg har gått glipp av relevant litteratur som finnes i andre databaser, i tillegg til at jeg ikke har fanget opp litteratur skrevet på andre språk enn norsk og engelsk. I tillegg til dette kunne andre søkeord og kombinasjoner av disse gitt meg flere relevante treff.

3.2 Valg av forskningsdesign

Bruk av metode vil si å gå en bestemt vei som middel eller redskap for å nå et mål. I forskning skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Skillet tar utgangspunkt i formen på de data som blir undersøkt. Når det er ulike variabler som skal undersøkes bør kvantitativ metode benyttes. Man kan da telle opp fenomener for å få innsikt i utbredelse (Johannessen *et. al* 2011). Ønsker man derimot å få frem så nøyaktige beskrivelser som mulig om hva mennesker opplever og føler vil en kvalitativ metode foretrekkes (Kvale & Brinkmann, 2010). Kvalitative metoder egner seg også når man ønsker å få økt innsikt i samspill mellom ulike faktorer og forståelse av hvordan folk tenker i ulike situasjoner.

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ metode for å fordype meg i temaet. 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 utskrivelse, 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. For å få et rikholdig og beskrivende bilde av utskrivelseprosessen 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.

Videre har jeg valgt et eksplorerende design hvor hensikten er å få innsikt i fenomenet utskrivelse, ved å bruke kvalitative data til å oppnå innsikt og forståelse. Ved å benytte et eksplorerende design kan mange av veivalgene gjøres underveis i prosjektet, etter hvert som man oppnår ny innsikt. Det kan være nødvendig å justere problemstillingen etter hvert som prosjektet skrider fram, for eksempel fordi man oppdager andre nyanser ved den opprinnelige problemstillingen som kan gi relevant kunnskap. Sett fra et naturvitenskapelig ståsted kan dette oppfattes som valg som truer forskningens validitet og reliabilitet, fordi man ikke følger en fastsatt mal. Sett fra et annet vitenskapsfilosofisk ståsted er det imidlertid denne fleksibiliteten som er ett av de fremste fortrinnene ved ulike kvalitative tilnærminger. Slike studier kan bidra til at

man ser virkeligheten med nye øyne idet man kartlegger fenomener man på forhånd har liten eller ingen kunnskap om. Fordelen ved et eksplorerende design er i tillegg kontinuerlig læring og gradvis økt innsikt i situasjonen og problemstillingene, etterhvert som fenomenet studeres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Jeg har utført en dokumentanalyse basert på sykehuset sitt elektroniske system for styrende dokumenter, prosedyrer og retningslinjer kalt EQS. Hensikten med dokumentanalysen er å få kunnskap om rutiner angående utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

I tillegg til dokumentanalyse har jeg valgt å bruke kvalitative forskningsintervju. Bruk av intervju er ment å bidra til innblikk i hvilke opplevelser og erfaringer helsepersonell har med utskrivelse av pasienter fra sykehus til sykehjem, og bruke dette til å svare på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg har valgt å utføre intervju i tillegg til dokumentanalyse for å få kunnskap om praksis, da man ser at det ikke alltid er samsvar mellom gjeldende retningslinter og faktisk praksis.

3.3 Utvalg

Første henvendelse til forskningsfeltet gikk via e-post til divisjonsdirektør i kirurgisk divisjon, hvor prosjektet ble presentert og jeg fikk aksept for min problemstilling. Videre ble forespørsel om intervju og utfylt skjema om personvern sendt til ansvarlig i forskningsavdelingen. Etter at dette ble godkjent kunne jeg invitere sykepleierne til intervju.

For å rekruttere informanter i sykehus tok jeg personlig kontakt med avdelingsleder på aktuell sengepost for å forklare studien nærmere, og få tillatelse til å intervju sykepleierne i deres arbeidstid. Sykepleierne kontaktet jeg via mail hvor prosjektet ble beskrevet (se vedlegg 2 og 3) og begge var villige til å delta i studien. Videre ble samtykkeerklæring og intervjuguide (se vedlegg 1 og 4) sendt informantene på mail, minimum en uke før intervjudagen. Intervjuguiden ble sendt til informantene i god tid før intervjuet, slik at de kunne forberede seg på best mulig måte. Dette viste seg å ha

god effekt da samtlige informanter hadde forberedt seg forhånd og de fleste hadde med egne notater til intervjuet.

For å rekruttere informanter fra sykehjem, laget jeg først en oversikt over hvilke sykehjem som har korttidsavdelinger, da disse har mest erfaring med mottak av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Jeg sendte informasjon om oppgaven (se vedlegg 2) til rådgiver i kommunen, og fikk videre kontaktopplysninger til leder på flere aktuelle sykehjem.

Det var uproblematisk å få tak i informanter fra sykehuset, men jeg opplevde problemer med å få informanter fra sykehjem. Årsaken til dette ble beskrevet som manglende ressurser, og flere hadde derfor ikke anledning til å la sykepleierne bli intervjuet i deres arbeidstid. Avdelingslederen på ett sykehjem forklarte at de kun hadde én fast ansatt sykepleier, og de resterende sykepleierne var vikarer som kun arbeidet korte perioder om gangen.

Selve intervjuene er gjennomført som enkeltpersonsintervju av 2 sykepleiere fra sykehus, og 4 sykepleiere som arbeider på to forskjellige sykehjem. Det ble på forhånd ikke satt krav til alder, kjønn eller yrkeserfaring utover et generelt ønske om spredning. Det endelige utvalget ble tilslutt bestående av 6 kvinner. Årsaken til dette er sannsynligvis at kvinner i større grad er representert i helsevesenet enn menn. Informantenes alder var mellom 24-49 år, og yrkeserfaring sprer seg fra 0,5-26 år. Jeg har benyttet relativt få informanter fordi jeg under intervjuene fikk tilnærmet lik informasjon fra alle informantene. Datainnsamlingen pågikk frem til jeg ikke fikk frem flere nye data, og endte da opp med seks intervju.

Jeg opplever i etterkant at utvalget i sin helhet gir et godt bilde av utskrivelseprosessen, og belyser både de ansatte på sykehus og sykehjem sin side. Utvalget består av få representanter på bakgrunn av antakelser om et felles risikobilde, da samtlige informanter peker på de samme risikomomentene.

3.4 Intervju som innsamlingsmetode

Jeg har valgt en intervjubasert forskningsmetode hvor hensikten er å fange opp helsepersonellens subjektive opplevelse av fenomenet utskrivelse, og mener at dette vil bidra til en dypere forståelse enn om jeg hadde benyttet en kvantitativ metode med for eksempel spørreskjema. Utskrivelse og overføring til primærhelsetjenesten er i de fleste tilfeller en kompleks prosess, og fremgangsmåten kan være forskjellig basert på hver enkelt situasjon. På bakgrunn av dette ser jeg behovet for utdypende beskrivelser fra helsepersonell som har erfaring både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og mener derfor at en intervjubasert tilnærming er passende for min studie.

Som forberedelse til intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som er basert på egne erfaringer om oppgavens tema. Siden problemstillingen er svært praktisk har jeg valgt semistrukturerte intervjuer for å kunne følge erfaringene til den enkelte sykepleier på en naturlig måte. Intervjuguiden (se vedlegg 4 og 5) ble brukt som utgangspunkt for intervjuene. Denne intervjuteknikken tillot å endre rekkefølgen på spørsmålene samt legge til flere spørsmål underveis for å besvare oppgavens problemstilling (Johannessen *et al.*, 2011). I tillegg til intervjuguiden ble det brukt et konstruert case (se vedlegg 3) for å få informantene til å relatere spørsmålene til kjente situasjoner fra praksis. Både case og intervjuguide ble sendt til informantene 1 uke før selve intervjuet. Flere av informantene kjente igjen case fra praksis, og gav tilbakemelding på at dette var til god hjelp under forberedelsene.

Selve intervjuene ble avtalt direkte med sykepleierne, etter avtale med avdelingslederne. Intervjuene ble gjennomført på et eget rom på avdelingen som sykepleierne arbeidet på. Jeg innledet intervjuene med å presentere meg, samt å forklare studiens problemstilling og hensikt. Underveis i intervjuene kjente jeg meg igjen i sykepleiernes erfaringer, men valgte likevel å fortsette og lytte til sykepleiernes opplevelser uten å si noe om mine egne opplevelser.

Selve intervjuene varte fra 30-60 minutter. Når intervjuet var ferdig startet jeg fortløpende med bearbeiding av notatene. Dette var viktig fordi jeg fortsatt hadde

samtalene friskt i minne, og notatene ble dermed mer utfyllende.

3.5 Gyldighet og pålitelighet

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. En vurdering av studiens gyldighet og pålitelighet er viktig ved all forskning for å sikre god kvalitet på arbeidet som er utført. Gyldighet peker på om man har undersøkt det man skal undersøke, og omhandler hvorvidt resultatene kan overføres til andre situasjoner og utvalg (Malterud, 2011). Intervju som metode blir ofte kritisert fordi man som forsker har påvirkningskraft på intervjuene i tillegg til at man tolker intervjumaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). På bakgrunn av dette kan man si at oppgaven bærer preg av min forforståelse og kliniske erfaring med systemet som forskes på. Jeg opplevde det derimot som positivt å ha kjennskap til forskningsområdet, på grunn av økt forståelse for temaet. Kjennskap til systemet som forskes på kan derfor være både en styrke og en svakhet i forhold til studiens gyldighet (Thagaard, 2013).

Resultatene som fremkom gjennom de seks intervjuene er rikholdige beskrivelser av sykepleiernes erfaring med utskrivelse, og mottak, av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Informantene fra både sykehus og sykehjem uttrykkte svært like bekymringer vedrørende temaet, og dette bidrar til å styrke studiens gyldighet. Valg av intervju som metode har derfor i stor grad bidratt til å besvare min problemstilling, og i følge Kvale og Brinkmann (2012) er dette også med på å styrke gyldigheten av dataene. I tillegg til dette er det brukt flere sitater i oppgaven, som bidrar til økt gyldighet av studien. Svakheter ved bruk av intervju kan være at jeg har gått glipp av viktig informasjon på bakgrunn av spørsmålene som er laget, og hvordan de er stilt.

Pålitelighet vil i denne sammenhengen si om forskeren har gitt et sant bilde av det informantene har formidlet, og hvorvidt resultatene kan etterprøves. Forskingen er pålitelig dersom andre kan utføre undersøkelsen og få tilnærmede resultater hver gang (Johannesen *et al.*, 2010). For å belyse informantene sine meninger på en så korrekt måte som mulig, skrev jeg fortløpende notater underveis i intervjuet. Det ble på

forhånd avtalt et tegn som indikerte behov for mer tid til å notere før informanten forklarte videre. Dette var viktig for å notere hva informanten sa, så korrekt som mulig. Samtidig kan en kort pause påvirke informanten, og bidra til at informasjon går tapt. Direkte etter intervjuene startet jeg med transkribering for å ha intervjuet friskt i minne, og sikre samsvar med virkeligheten. I tillegg har jeg forsøkt å ikke la min forforståelse og bakgrunn som sykepleier påvirke intervjuene og analysen i etterkant. Intervjuguiden jeg benyttet var lik for de 2 sykepleierne fra spesialisthelsetjenesten, og de 4 sykepleierne fra primærhelsetjenesten, og det ble gitt anledning til å utdype spørsmålene dersom noe var uklart. Dette styrker påliteligheten. I tillegg har jeg beskrevet stegene gjennom hele prosessen, slik at studien kan etterprøves.

3.6 Juridiske og etiske vurderinger av prosjektet

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, og gjennomgått med informantene før intervjuene.

Alle data er anonymisert slik at sykepleierne som har deltatt i studien ikke kan identifiseres. Anonymitet ble forsikret ved bruk av samtykkekontrakten, hvor det er notert at ingen opplysninger vil kunne knyttes tilbake til den enkelte informant. I tillegg til dette ble det ikke gjort lydopptak under intervjuene, og heller ikke notert navn på notatene.

Som sykepleier på sykehus har jeg en viss forforståelse og erfaring knyttet til temaet. Dette har vært nyttig fordi jeg enkelt forstår hva informantene snakker om, samtidig som jeg har vært tydelig på at min rolle er som forsker, og jeg har derfor ikke påvirket informantenes uttalelser. I tillegg til dette har informantene til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten av det vil få negative konsekvenser, noe mine informanter har vært klar over (Kvale & Brinkmann, 2012).

I tillegg til dette er SUS sine rutiner for kvalitetsforbedrings- og studentprosjekter

fulgt under hele prosessen. Personvernombudet er kontaktet og har uttalt at prosjektet ikke er meldepliktig til Regional Etisk Komité⁶.

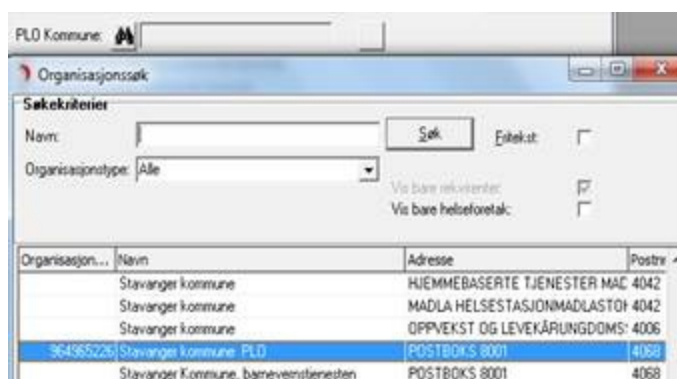
⁶ Intern ID MA79, i forskningsavdelingen v/SUS

4 Funn

I denne delen av besvarelsen vil jeg presentere hovedfunnene fra studien. Første del består av en dokumentanalyse av styrende dokumenter med hovedfokus på risikofaktorer og sikkerhet for pasientene.

4.1 Dokumentanalyse

Ved innleggelse av pasienter som mottar kommunal hjelp eller kommer til å ha behov for kommunal hjelp ved utskrivelse, skal man registrere PLO-kommune (pleie- og omsorgskommune) så raskt som mulig. Dette gjøres elektronisk og aktuell kommune angis automatisk basert på pasientens bostedsadresse. Bildet under viser dette.



Figur 12. PLO-kommune (Hentet fra EQS)

Dersom man velger en annen kommune enn pasientens hjemkommune vil man få et varsel om at man velger en annen kommune. Valg av feil kommune kan føre til at alle PLO-meldingene går til feil mottaker, eller ikke kommer frem i det hele tatt.

Dersom samarbeidskommunen er utenfor Helse Vest velges ”annen kommune” og all informasjonsoverføring skjer på papir ved bruk av enten post eller faks.

Videre skal man hake av ”send melding om innlagt pasient” som automatisk sender melding til angitt kommune med beskjed om at pasienten er innlagt i sykehus. DIPS, som er programvaren som benyttes, har en funksjon hvor man kan dobbeltsjekke at meldingen er kommet frem til riktig mottaker. Dette fungerer ved bruk av en

korrespondanselogg hvor meldingen blir rød dersom den ikke kommer frem, og grønn dersom sendingen er vellykket.



Figur 13. Melding om innlagt pasient (Hentet fra EQS)

Flere steder i rutinen blir viktigheten av korrespondanseloggen påpekt.

Neste steg er sending av tidligmelding, som skal inneholde opplysninger om hvorfor pasienten er innlagt i sykehus. Denne skal sendes til kommunen snarlig etter innleggelse. Ved opprettelse av meldingen blir mottaker automatisk lagt inn basert på PLO-kommune, som ble opprettet tidligere. Alle PLO-dokumentene henter mottaker automatisk på denne måten, og fører til økt sikkerhet ved informasjonsoverføring. Det er en sikkerhetsmessig fordel at man kun må velge mottaker ett sted, i stede for i hver PLO-melding.

Videre opprettes notatet PLO-helseopplysninger, som er en fagmelding som skal brukes ved endret funksjonsnivå eller ved ny bruker av kommunale tjenester. Denne meldingen skal være tverrfaglig og inneholde både medisinske opplysninger og opplysninger fra sykepleier. Både sykepleier og lege har ansvar for å opprette og godkjenne denne meldingen. Avsender og mottaker legges automatisk inn i dokumentet og kan ikke redigeres. Dette sikrer at meldingen kommer frem til riktig mottaker, men også her forutsettes det at riktig PLO-kommune er valgt i første steg.

Ved godkjenning av dokumentet sendes meldingen automatisk til mottaker. Dersom mottaker er en papirkommune, må man ringe kommunen og avtale faks eller posting av meldingen. Oversikten under viser hvilke kommuner som mottak elektroniske PLO-meldinger:

Kommune	PLO-meldinger	Epikrisemeldinger		
		Sykepleie, saks- og legetjenesten	Fysioterapi-tjenesten	Ergoterapi-tjenesten
Bjerkreim	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	-
Eigersund	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Finnøy	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Forsand	Papir	Papir	Papir	Papir
Gjesdal	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Hjelmeland	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Hå	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Klepp	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Kvitøy	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Lund	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Randaberg	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Rennesøy	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Sandnes	Elektronisk	Papir	Papir	Papir
Sokndal	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	-
Sola	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Stavanger	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk
Strand	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk	Elektronisk

Under kolonnen ”PLO-meldinger” ser man at kun Forsand kommune mangler elektroniske verktøy for samhandling. Dette betyr at alle sykepleieopplysninger blir sendt elektronisk til alle de andre kommunene i fylket. Ser man videre på epikrisemeldinger så er det flere kommuner som mangler elektroniske verktøy for samhandling. Dette innebærer at man til flere kommuner må fakse medisinske opplysninger, samt opplysninger fra fysioterapeut og ergoterapeut. Klinisk ernæringsfysiolog er ikke nevnt i listen.

Ved uklarheter angående fremgangsmåte for utskrivelse benyttes databasen EQS, som inneholder alle rutiner som benyttes på SUS, og databasen inneholder dermed svært mange dokumenter. Søk på ”samhandling” i EQS gir 205 treff, og alle dokumenter som inneholder ordet samhandling vises. Det kan derfor være svært vanskelig og tidkrevende å finne informasjon om riktig rutine. Søk på PLO gir 33 treff, som er noe lettere å håndtere.

4.2 Sykehuspersonalet

I dette avsnittet presenteres funn fra samtale med sykepleiere ansatt på henholdsvis sykehus og sykehjem. Avsnittet er delt opp i underkategoriene kommunikasjon, kompetanse og ressurser. Disse kategoriene er valgt på bagrunn av sentrale funn som kom frem gjennom samtale med informantene.

4.2.1 Kommunikasjon

En av informantene synes samhandling mellom sykehuset og kommunen generelt fungerer bra. Hun mener systemet fungerer slik at både ansatte i kommunen og ansatte på sykehuset har mulighet til å si hva de mener, og opplysninger om pasienten går begge veier. Hun mener også at det er positivt at pasientene fyller ut en egensøknad, ofte sammen med sine pårørende, og får på denne måten frem sine egne ønsker og behov for videre hjelp. Gjennom helseopplysninger og utskrivelsesrapport får sykepleierne anledning til å beskrive pasientens situasjon. Opplysningene sendes i tillegg både til bestillerkontoret i kommunen og til det enkelte sykehjemmet hvor pasienten får tildelt plass.

”Det første vi gjør når pasienten legges inn på sykehus, er å sende tidligmelding til kommunen. Dette gjør vi for å gi dem et varsel om at noen kommer til å ha behov for hjelp ved utskrivelse.” (Sykepleier, sykehus)

Informanten sier det er viktig å opprette kontakt med kommunen så raskt som mulig, men det er likevel ikke alltid det blir gjort. Det er heller ikke alltid pasienten har behov for hjelp ved innleggelsen, men lengre sykehusopphold kan føre til at behovet øker. Når man da oppretter kontakt med kommunen kan sykehistorien ofte være svært sammensatt og komplisert.

Selv om informanten mener samhandling mellom sykehus og kommunene generelt fungerer greit, peker hun likevel på noen utfordrende faktorer. Hun sier at mangel på tid og ressurser ofte fører til at søknadsprosessen stopper opp. I en travel hverdag kan

det være vanskelig å sette av tid til å skrive gode opplysninger, samtidig som leger og annet helsepersonell i blant nedprioriterer epikriseskriving.

”Jeg må ofte vente med å ferdigmelde pasienten til kommunen, fordi legen sine opplysninger ikke er skrevet. Dette fører til at reisen fra avdelingen utsettes utover dagen, og blir gjort i en fart like før vaktskiftet” (Sykepleier, sykehus)

Informanten sier også at god og helhetlig dokumentering tar tid, spesielt hvis man ikke har kjennskap til pasienten fra tidligere. Ofte må man lese gjennom journalen for å få innsikt i pasienten sin situasjon, i tillegg til å snakke direkte med pasienten. På vakt blir man regelmessig avbrutt og på grunn av dette kan det være vanskelig å få notert alle detaljer. Ferdigstilling av dokumenter avhenger også av flere personer, da man ofte samarbeider med flere faggrupper.

Begge informantene peker på viktigheten av god kommunikasjon mellom sykehuset, kommunen, pasienten og pårørende. Ved å snakke grundig med alle parter kommer man ofte frem til en løsning som fungerer for alle, fordi alles meninger blir hørt og pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Selv om alle opplysninger sendes skriftlig, er det viktig å snakke direkte med alle involverte for å unngå misforståelser og for å forsikre seg om at alle opplysninger er kommet til riktig mottaker. I tillegg til dette sier begge informantene at i en travel hverdag hender det noen ganger at man ikke får tid til å snakke direkte med alle involverte.

”Systemet er laget for at opplysninger kan deles raskt og enkelt, men dette har mer enn én gang ført til misforståelser.” (Sykepleier, sykehus)

”Når alle meldinger er sendt elektronisk, har vi i teorien gjort jobben vår. Det er dette som kreves for at pasienten skal få hjelp i kommunen. For å gjøre en god jobb, som er mest mulig trygg for pasienten, bør man likevel legge mer arbeid i oppgaven enn dette.” (Sykepleier, sykehus)

En av informantene forteller et eksempel fra praksis, da skriftlig informasjon ikke var tilstrekkelig. Hun sier at selv om alle jobber med samme fagfelt, bruker man forskjellige forkortelser som nødvendigvis ikke alle kjenner. I en melding fra bestillerkontoret stod det: ”pasienten kan få PIH”. Dette var en forkortelse som

informanten aldri hadde hørt og ved bruk av fantasi kan man få det til å bety mye forskjellig. Informanten sier at hun måtte ringe bestillerkontoret, og fikk etter hvert avklart at ”PIH” stod for ”pleie i hjemmet”.

”Selv om ikke denne hendelsen førte til feil eller skade på pasienten, er det et godt eksempel på at beskjeder vi skriver kan mistolkes av andre, spesielt når vi beskriver pasientens tilstand, som igjen kan føre til at pasienten ikke får den hjelpen han trenger.” (Sykepleier, sykehus)

Informanten mener forenklinger i systemet kan gjøre overføringen mindre trygg, og viktige detaljer kan forsvinne.

Begge informantene mener at for å få til en god og sikker utskrivelse må det gjøres en grundig kartlegging av pasientens behov. Det må også finnes oppdaterte opplysninger som er skrevet på forhånd, slik at man kun må tilpasse disse rett før utskrivelsen. I tillegg til dette må alle involverte faggrupper ha laget en tydelig plan for videre behandling og oppfølging slik at personalet på sykehjemmet, og selvfølgelig pasienten selv, vet hva de kan forvente. Tidlig og tydelig kommunikasjon mellom alle involverte er den viktigste suksessfaktoren for en vellykket utskrivelse.

I tillegg til dette nevner informantene at notater fra alle faggrupper som har vært involvert i pasienten må videreformidles til kommunen. Dette blir ofte glemt, da alle tenker på sin egen rolle, i stede for helheten. Det er vanskelig å videreføre behandlingen på sykehjemmet dersom ernæringsfysiolog, fysioterapeut, mobilt palliativt team og andre faggrupper ikke informerer om jobben som er gjort.

En av informantene tror pasienter er lite tilfreds med samhandling og utskrivning fordi de ofte ønsker lengre liggetid på sykehuset, fordi der føler de trygghet. I tillegg til dette har verken pasienten selv eller spesialisthelsetjenesten noen påvirkningskraft i forhold til hvor den enkelte får tildelt plass. Noen sykehjem har bedre rykte enn andre, og de fleste pasientene ønsker seg dit. Dersom de ikke får plass der, er det noen som velger å heller reise hjem. Informanten mener dette i noen tilfeller er uforsvarlig, og fører til at både pasienten og pårørende blir misfornøyde.

Begge informantene mener at en trygg og sikker samhandling med kommunen avhenger av jobben man har gjort før utskrivelsen. Dersom pasienten som skal reise er godt informert om behandlingen som er utført på sykehus, i tillegg til videre behandling og oppfølging på sykehjem har man større sjanse for å få til en vellykket overføring fra sykehus til sykehjem.

”Pasienten selv er vår største ressurs og støttespiller.” (Sykepleier, sykehus)

4.2.2 Kompetanse

En av informantene føler at sykehuset og kommunen kjemper hver sin sak, i stede for å tenke på hva som er det beste for pasienten.

”For meg oppleves det som om sykehuset vil ha pasientene fortest mulig ut til kommunen, samtidig som kommunene ikke vil betale for ekstra liggedøgn på sykehuset. Dette fører noen ganger til en dårligere løsning for pasienten som må reise hjem med hemmesykepleie, ofte på grunn av plassmangel på sykehjem”. (Sykepleier, sykehus)

Begge informantene opplever at legene plutselig bestemmer seg for at pasienten er ferdigbehandlet, og man må raskt melde pasienten utskrivningsklar. Pasienten får ikke tid til å forberede seg, og den ene informanten sier at hun ofte opplever at, spesielt de eldste pasientene, blir svært urolige ved raske endringer av situasjonen. Ved en slik rask avgjørelse får man liten tid til å organisere overføringen, og kommunen får også liten tid til å sette seg inn i pasientens behov og tildele riktig tjeneste ut fra den enkeltes behov. Informanten sier også at hun mener pasientene mister tiltro til systemet, og føler seg mer som et objekt enn et menneske.

”Pasientene sier ofte at de stoler mer på spesialisthelsetjenesten enn primærhelsetjenesten, og føler seg tryggere når de får behandling på sykehuset”. (Sykepleier, sykehus)

Begge informantene sier at de, opptil flere ganger, har opplevd at pasienten og pårørendes ønsker og behov ikke samsvarer med bestillerkontorets vurderinger.

”Noen ganger blir vi stående mellom pasienten og kommunen, og kan da føle at vi ikke har noe vi skulle sagt. Samtidig føles det feil at ansatte i kommunen skal bestemme hvilken hjelp pasienten skal få, kun ved å lese våre notater. De burde møte pasientene før de velger hvor lenge pasienten har behov for å være på sykehjem”.

(Sykepleier, sykehus)

En av informantene mener at uenigheter i forhold til hvilken hjelp pasienten trenger, er en av de største risikofaktorene ved utskrivelse. Tildeling av hjelp basert på pleiebehov blir vurdert av ansatte i kommunen, som aldri har møtt pasienten. De leser notatene som blir skrevet, og gjør seg opp en mening på bakgrunn av dette.

Informanten sier at hun ofte opplever at dersom pasienten klarer å gå med et hjelpemiddel og spise selv, så er tilbakemeldingen fra bestillerkontoret at pasienten ikke har behov for opphold på sykehjem. Dette til tross for at både pasienten og hans pårørende mener noe annet.

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft opplever informantene at det er kortere liggetid på sykehuset. Begge opplever i tillegg at ansatte i kommunen har bedre forståelse for behandlingen og kan tilby mer behandling på sykehjemmene. Likevel mener informantene at det er stor forskjell i kompetanse fra kommune til kommune.

”Jeg opplever at noen kommuner svært gjerne ønsker å fortsette behandlingen på sykehjemmet, og er lærevillige og løsningsorienterte, samtidig som andre er usikre og viser manglende kompetanse”. (Sykepleier, sykehus)

En av informantene mener det er positivt for pasientene at behandlingen flyttes nærmere hjemmet, men at forskjellig kompetansenivå kan være risikofyllt. I et eksempel fra praksis kommer det frem at flere pasienter ble reinnlagt på sykehus med infeksjon i et sentralt venekateter, fra samme sykehjem i kommunen. Dette tyder selvsagt på manglende kompetanse og helsepersonell som handler utover sine kunnskaper.

”For å gjøre ansatte på sykehjem i best mulig stand til å følge opp pasienten er det viktig at vi på sykehuset sender med oppdaterte, enkle prosedyrer. Det er også viktig å tilby sykepleierne i kommunen opplæring når de selv ønsker.” (Sykepleier, sykehus)

Begge informantene mener det er utfordringer i forhold til varierende kompetansenivå på sykehjem og sier at de ofte rapporterer til studenter og ufaglærte. En utskrivelsesrapport med mange vanskelige, medisinske ord kan se fin ut, men dersom bare et fåtall av pleierne på sykehjemmet forstår hva som menes med dette, kan dette være årsak til feil. Informantene mener det er viktig å forsikre seg om at alt er forstått.

”Det føles vondt å sende pasienten til et sykehjem hvor personen som skal ta over ikke forstår enkle faguttrykk.” (Sykepleier, sykehus)

En av informantene mener at kompetansenivået i noen kommuner er årsaken til dårlig samhandling. Det hender at pasienten ikke kan få hjelp i kommunen på grunn av dårlig bemanning og manglende kompetanse på området.

”En gang ble pasienten reinnlagt på sykehuset fordi sykepleieren som hadde helgevakt på sykehjemmet ikke hadde fått opplæring i bruk av ernæringspumpen”. (Sykepleier, sykehuset)

Informanten sier at utskrivelse til sykehjem er risikofylt når kommunen selv gir uttrykk for manglende kompetanse. Samtidig er det kommunen sitt ansvar å overta behandlingen for pasienten når legene på sykehuset mener at dette er forsvarlig, og prøver på den måten å gjøre det beste ut av situasjonen. Begge informantene mener at utskrivelse til sykehjem er forbundet med risiko, men at det avhenger av kompetanse, erfaring, kommunikasjon, forberedelse, dato og til hvilken tid på døgnet utskrivelsen skjer.

”Jeg opplever innimellom at det går på yrkesstolthet. Sykepleierne i kommunen skal hjelpe alle, og gir ikke uttrykk for begrensninger. Når alt kommer til alt har de verken ressurser eller kompetanse til å hjelpe.” (Sykepleier, sykehus)

”Vi som arbeider på sykehuset kan alt om vårt lille spesialfelt, mens de som arbeider på sykehjemmet skal kunne alt om det meste. Det sier seg jo selv at dette ikke går.”
(Sykepleier, sykehus)

En av informantene nevner selve transporten fra sykehuset til sykehjemmet som en viktig risikofaktor.

”Jeg føler meg best når pårørende frakter pasienten fra sykehuset til sykehjemmet. Da vet jeg at vedkommende blir ivaretatt, og kommer seg trygt frem”. (Sykepleier, sykehus)

Som nevnt tidligere sier informantene at ferdigmelding ofte skjer raskt og er lite planlagt, og dette fører noen ganger til at pårørende ikke har anledning til å hente pasienten. Dersom pasienten klarer å sitte i bil, kvalifiserer de ikke for transport med ambulanse. Da må pasienten reise med vanlig drosje, og begge informantene sier at dette noen ganger føles uforsvarlig.

”Det er vanskelig å sende en pasienten med drosje når du ikke synes dette er forsvarlig, samtidig som det er vanskelig å bruke ressurser på ambulanse når pasienten klarer å sitte”. (Sykepleier, sykehus)

En av informantene opplever at pasienter som ikke har pårørende blir ”tapere”, da disse ofte må reise alene med drosje. Dersom pasienten skal reise med drosje, men dette føles feil, sier informantene at de følger pasienten med rullestol/rullator til drosjen, og ber personalet på sykehjemmet om å møte pasienten når han ankommer. Begge mener at dette bidrar til økt trygghet for pasienten, i tillegg til at de selv føler seg bedre.

4.2.3 Resurser

Begge informantene nevner helger og ukedager etter kl. 15.00 som spesielt sårbare tidspunkt for utskrivelse. Dette er fordi bemanningen er lavere og det er færre folk til

å ta seg av grundig dokumentering, telefonsamtaler til aktuelt sykehjem, samtale med pårørende samt å arrangere transport.

”Jeg opplever at utskrivelsen skjer svært hurtig og forenklet på travle dager. Fokuset ligger på å få pasienten av gårde, i stede for på god kvalitet og pasientsikkerhet. Pasienten må bare vekk, slik at det blir plass til den neste.” (Sykepleier, sykehus)

En annen risikofaktor er pasienter som reiser på ettermiddagen, men hvor dagvakten har gjennomgått utskrivelsesprosessen.

”Det hender stadig at selve prosessen gjøres på dagtid, men på grunn av tidspress drar ikke pasienten fra avdelingen før kl. 16.” (Sykepleier, sykehus)

Informantene forteller at det er vanskelig å sende av gårde en pasient som de ikke kjenner, uten å ha gjort avtalene selv.

”På denne måten har vi ingen ting å stille opp med dersom personalet på sykehjemmet ringer og har spørsmål. Vi vet ikke hva som ble avtalt på forhånd, eller hva som er planen videre.” (Sykepleier, sykehus)

Det er svært vanlig at utskrivelsen skjer på denne måten fordi man sjeldent rekker å samle alle notater, ta alle telefoner, forberede pasienten i tillegg til å bestille og få transport, før vaktskiftet. I tillegg til dette sier informantene at de også har flere andre pasienter som krever tid og ressurser.

4.3 Sykehjemspersonalet

4.3.1 Kommunikasjon

Alle informantene på sykehjem mener det er positivt at de har telefonisk kontakt med aktuell avdeling på sykehuset samme dag som pasienten overføres. Dette gjør at sykehjemspersonalet kan spør dersom noe er uklart, og forsikre seg om at alt nødvendig utstyr og medisiner er tilgjengelig. Dersom noe mangler kan dette ofte sendes med fra sykehuset. En av informantene mener at dette så og si alltid fungerer. Hun mener at de aller fleste sykepleierne på sykehuset er hjelpsomme og legger til rette på best mulig måte ved problemer som oppstår. En annen sykepleier sier at de sjelden mottar alle nødvendige papirer, og muntlig rapport blir i noen tilfeller gitt av en person som ikke kjenner pasienten godt nok til å rapportere tilstrekkelig.

Noe som fungerer mindre bra ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem er når utskrivelsenotatene blir skrevet en stund før pasienten får tildelt plass i kommunen. Dette kan føre til at opplysningene som er skrevet ikke stemmer lenger, og medisinalisten kan være utdatert. Det oppleves flere ganger at endringer skrives i fritekst, noe som kan være lett å overse eller være vanskelig å tyde.

”Dårlig tid gjør at man noen ganger går glipp av det som står i fritekst.” Sykepleier, sykehjem

”Ufullstendige medisinalister er det farligste, og noe det ofte syndes med”. Sykepleier, sykehjem

Flere informanter sier at dersom medisinalisten ikke sendes elektronisk, må de ringe avdelingen å få denne muntlig. Dersom det viser seg at noen medisiner mangler er det vanskelig å få tak i disse samme dag, og pasienten blir tvunget til å vente på behandling.

Flere av informantene sier at epikrise og fullstendig utskrivelsesrapport sjelden er ferdig før pasienten ankommer sykehjemmet. Dette fører til at personalet på

sykehjemmet ikke vet hvilke medisiner pasienten skal bruke, hva som er gjort av medisinsk behandling på sykehuset og hvordan de skal forholde seg videre. Pasientene blir også svært utrygge og mister tiltro til systemet dersom sykepleierne ikke vet hva de har vært gjennom før overføringen og ikke har nødvendige medisiner tilgjengelig. Pårørende blir også svært engstelige dersom sykepleierne på sykehjemmet ikke er oppdatert på behandlingen som er gitt på sykehuset. Flere opplever at kunnskap om gjennomgått behandling er viktig for å kunne svare på spørsmål fra pasienten og pårørende, i tillegg til å kunne gi adekvat og tilpasset opptrening.

”Utskrivelsesrapporter sendes ofte uferdige, men jeg har sluttet å melde avvik på det. Det skjer jo ikke noe likevel” (Sykepleier, sykehjem)

Flere nevner at samhandlingsreformen har bidratt til en økende dialog mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det oppleves at koordinatorene fra kommunen oftere reiser på besøk til pasientene for å tilby riktig hjelp, og får pasientene hjem tidligere. *”Hensikten er vel å øke kompetansen i primærhelsetjenesten, men dette er dog en nødvendighet”*, sier én av informantene.

Flere av informantene mener også at datasystemene er blitt bedre etter samhandlingsreformen, da elektroniske meldinger kan sendes begge veier. Det er derimot svært negativt at det ikke benyttes samme journalsystem i hele Norge slik at man kan lese hverandres dokumenter. Både daglige rapporter, blodprøver og prøvesvar fra undersøkelser ville vært nyttig for personalet på sykehjem.

Flere mener det er ekstra vanskelig å ta i mot pasienter dersom pasienten ikke har fått tid til å forberede seg før overføringen. Det er også viktig at pårørende er informert.

En av informantene sier at pasientene noen ganger blir sendt til sykehjemmet, enten med ambulanse eller drosje, uten at sykehjemmet er tilstrekkelig informert.

Bestillerkontoret kan ha gitt sykehjemmet en ID på pasienten som har fått tildelt plass, men dersom sykepleier på sykehuset ikke ringer for å gi muntlig rapport kan misforståelser oppstå. På denne måten blir det heller ikke avtalt tid for overføringen, og personalet på sykehjemmet får ikke anledning til å forberede seg før pasienten

ankommer. En av informantene sier at det sjelden er tilstrekkelig å kun sende PLO-meldinger, og mener sykepleierne på sykehuset har for liten kunnskap og forståelse for systemet.

4.3.2 Kompetanse

Flere av sykepleierne på sykehjem savner en plan for videre behandling når pasientene skrives ut fra sykehus. De ønsker tilpassede prosedyrer, beskrivelser av hvilke observasjoner som er de viktigste i hvert enkelt tilfelle, når blodprøver skal kontrolleres, hvilket mobiliseringspotensiale pasienten har og når evt. nedtrapping av smertestillende skal skje. Sykepleierne på sykehjem ønsker også en form for overføring av kunnskap før pasientene overføres fra sykehuset, slik at de kan føle seg trygge i situasjonen. Ved noen sykehjem er det mange sykepleiere på jobb hvor fag kan diskuteres, mens andre står alene i situasjonen.

”Vi tar i mot alt du kan tenke deg av dren, kateter, sår og lignende. Det er vanskelig å lære seg alle detaljer når man håndterer så mye forskjellig. Ofte går det også lenge mellom hver gang.” Sykepleier, sykehjem.

Noen informanter sier at overføring av pasienter i blant er forbundet med risiko, spesielt når rutinene for overføring ikke følges. Dette skjer spesielt når viktige papirer ikke sendes før pasienten ankommer sykehjemmet. Likevel sier flere informanter at de ikke opplever overføring av pasienter som risikofylt.

Flere opplever også at noen pasienter er misfornøyde med overføringen fordi de ikke følte seg klar til å skrives ut fra sykehuset.

Informantene opplever også at pasientene ikke vet hvilken avdeling de kommer til i kommunen. Mange har fått forespeilet et langt opphold, mens de i realiteten kun har fått tildelt noen få dager. Andre har forventninger om rehabilitering, og blir svært skuffet når de blir sendt til en overgangsavdeling, som betyr at de når som helst kan bli flyttet til et annet sykehjem.

”Vi opplever at personalet på sykehuset mangler kunnskaper om tilbudene på de forskjellige sykehjemmene”. Sykepleier, sykehjem

4.3.3 Ressurser

Flere mener at samhandlingsreformen fører til at pasientene blir utskrivningsklare altfor tidlig. En av informantene mener dette kun handler om penger, og at det går utover pasientsikkerheten. En av informantene forteller at pasienter ofte blir meldt utskrivningsklare selv om de har stigende infeksjonsprøver eller er dårlig mobilisert etter operasjon. Det hender også at legen på sykehuset avslutter all smertestillende behandling når pasienten skrives ut fra sykehuset fordi de ikke tror at sykepleierne på sykehjemmet kan håndtere dette. Dette resulterer ofte i at pasienten får økende smerter, og dersom pasienten overflyttes på en fredag kan det gå en hel helg før vedkommende får tilsyn av lege. Dersom det er lite ressurser på jobb kan resultatet bli reinnleggelse på sykehuset.

”Jeg har generelt dårlige tanker om samhandlingsreformen. Hos oss har vi kompetanse til å håndtere de dårlige pasientene, men jeg grøsser over de avdelingene som ikke har det. Jeg kunne aldri tenke meg å arbeide der. Pasientene er ofte altfor dårlige.” Sykepleier, sykehjem.

En annen informant sier at noen av pasientene som overflyttes fra sykehus til sykehjem oppleves som for dårlige, og har erfart dødsfall kort tid etter at overføringen fant sted. Hun sier også at situasjoner med dårlige pasienter kan oppleves svært utrygt for personalet, spesielt i helgene, da bemanningen er lav og består av flere vikarer og ufaglærte. Det er heller ingen lege tilgjengelig, men man kan ringe til vakthavende sykehjemslege ved behov. Det nevnes også manglende informasjon fra lege på sykehuset i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad, og flere pårørende blir utrygge når pasienten blir dårligere under oppholdet på sykehjemmet.

Alle informantene mener også det er problematisk at pasientene blir overflyttet sent på ettermiddagen eller kvelden. På denne tiden av døgnet er bemanningen lavere, og den travleste tiden er mellom kl. 18-21 når alle pasientene skal spise og deretter

stelles før legging. Mottak av nye pasienter på ettermiddagen går utover den nye pasienten, fordi man har liten tid til å sette seg inn i sykehistorien, i tillegg til at de andre pasientene må vente på hjelp. Alle informantene mener det er spesielt vanskelig å ta i mot nye pasienter på fredag ettermiddag fordi legen ikke kommer til avdelingen før mandag. Dersom medisinalisten ikke stemmer går det ofte flere dager før den blir rettet, og behandlingen kan starte.

En av informantene mener at en viktig årsak til pasientenes misnøye ved utskrivelse er fordi de ikke har noe de skulle sagt. Brukermedvirkning er et fint ord, men i praksis har det ingen virkning. Pasientene blir kasterballe i systemet, og sendes fra sykehuset så fort de er meldt utskrivningsklare. Ofte blir de plassert et par dager på en overgangsavdeling, i påvente av et lengre opphold. Pasientgruppen som har behov for sykehjem er eldre, svake mennesker som ofte ikke kan stå opp for seg selv. Mange klarer ikke å gi uttrykk for sine behov og setter ikke krav.

5 Diskusjon

Funnene i denne studien viser at informantene fra sykehus og sykehjem har god erfaring med utskrivelse og mottak av pasienter, men peker på flere utfordringer knyttet til dette. I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på sammenhengen mellom teori og empiri, og drøfte hvorvidt teoriene kan bidra til å gjøre antagelser om tiltak for å oppnå en bedre praksis.

5.1 Direkte kontakt mellom sykehus og sykehjem

Samtlige kommuner i Sør-Rogaland, utenom Forsand, bruker en elektronisk løsning for informasjonsoverføring. På de avdelinger hvor intervjuene fant sted var det tilrettelagt for elektronisk samhandling, og dermed også en underliggende forventning om at disse løsningene blir brukt. Informantene, både på sykehus og sykehjem, sier at elektroniske meldinger benyttes, men at dette sjelden er tilstrekkelig for å sikre en trygg og god pasientoverføring.

Samtlige informanter mener at man i tillegg til å benytte elektroniske PLO-meldinger også må ha telefonisk kontakt. Dette fremstår som spesielt viktig for personalet på sykehjemmet da de ofte har spørsmål i forhold til den skriftlige dokumentasjonen. Informantene på sykehus opplever også at direkte kommunikasjon med sykehjemmene gjør at overføringen oppleves tryggere fordi man kan forsikre seg om at nødvendig informasjon er mottatt og forstått. Dette er i tråd med Reason (1997) sin teori om organisatoriske faktorer, hvor han er av den oppfatning at alvorlige ulykker langt på vei kan unngås gjennom forebyggende arbeid ved bruk av flere lag med forsvar og redundante løsninger. Dermed kan en kombinasjon av elektroniske hjelpemidler og telefonisk kontakt mellom helsepersonell øke pasientsikkerheten ved utskrivelse fra sykehus til sykehjem.

Telefonsamtalen mellom sykepleier på sykehus og sykepleier på sykehjem kan tolkes som et behov for å opprette et felles risikobilde, hvor begge parter får anledning til å stille spørsmål. I de tilfeller hvor telefonsamtalen blir benyttet, er det min fortolkning at sykepleier på sykehuset gjør en forenklet risikoanalyse før utskrivelse hvor han/hun

vurderer de viktigste risikofaktorene som sykepleier på sykehjemmet må vite om, og kunne følge opp. Jeg mener dette gjøres på bakgrunn av usikkerhet omkring de risikofaktorene som en overflytting kan innebære, og telefonsamtalen kan bidra til å redusere denne usikkerheten (Aven *et al.*, 2010). En slik dobbeltkontroll kan betraktes som en del av god faglig praksis. Haugland (2015) beskriver dette som en rettslig standard, altså noe som viser hva som er god faglig praksis, og peker i tillegg på hvor yttergrensen mot det uforsvarlige går. Viktige faktorer som informantene ønsker å kartlegge, og som inngår i Hauglands modell, er blant annet å sikre fagkompetanse, organisering av overflyttingen og sørge for tilstrekkelig utstyr/medisiner. Flere av informantene på sykehjem sier at det føles trygt og godt når de får en plan for pasientens videre behandling, og hvilke observasjoner de må følge for hver enkelt pasient. Ved å opprette direkte kontakt med den kommunale tjenesten, før utskrivelsen, kan sykepleieren sørge for bedre tilrettelegging, som igjen bidrar til å gi forsvarlig helsehjelp. Samtidig sier flere av informantene at de sjelden får rapporter der det er laget en videre plan for pasienten i forhold til opptrening, smertestillende, nødvendige observasjoner og lignende.

Flere sier at telefonsamtalen med sykepleier på sykehjemmet ofte blir nedprioritert fordi man ikke ser behovet, samtidig som telefonsamtalen ikke er en del av prosedyren. En uønsket hendelse kan oppstå når den uskrevene regelen om å ringe sykehjemmet ikke blir opprettholdt. Det kan altså være flere grunner til at telefonsamtalen ikke blir utført, noe jeg tolker som at ulike personer har forskjellig oppfatning av risiko. Renn (2008) beskriver denne oppfatningen av risiko med uttrykket risikopersepsjon, som er menneskers egen forståelse av situasjonens alvorlighetsgrad, som igjen påvirker om man aksepterer risikoen man står ovenfor eller velger å sette i verk tiltak. Renn påpeker også at kunnskaper om risikopersepsjon er en forutsetning for vellykket risikokommunikasjon. Dette er en utfordring ved utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten da risikopersepsjon er en subjektiv oppfatning av risiko. Hva som oppleves som risikofyllt for sykepleier på sykehjemmet kan være rutinearbeid for sykepleier på sykehus. Basert på dette vil man stå i fare for å utelate informasjon som kan være viktig for den andre. Aven (*et al.*, 2010) legger i tillegg vekt på viktigheten av å identifisere potensielle uønskede hendelser, fordi det man ikke har identifisert, er vanskelig å beskytte seg mot.

5.2 Utveksling av skriftlig dokumentasjon mellom sykehus og sykehjem

Flere av informantene sier at det hender at pasientene ankommer sykehjemmet før de nødvendige papirene er klare. Dette tyder på svikt i rutineene. I følge Reason's teori om organisatoriske faktorer som påvirker sikkerheten kan dette føre til at en uønsket hendelse oppstår. Reason sier også at menneskelige feil ofte er utløsende faktor ved en uønsket hendelse, men påpeker viktigheten av å tilrettelegge organisasjonen slik at disse feilene ikke får utvikle seg til en ulykke (Reason, 1997). Informantene peker på både organisatoriske faktorer og lokale arbeidsplassfaktorer som ikke fungerer optimalt. Flere nevner eksempler som tidspress, manglende ressurser og dårlig kommunikasjon, flere arbeidsoppgaver som må gjøres samtidig, liten kjennskap til pasienten man håndterer og vansker med å få til tverrfaglig samarbeid omkring dokumentasjon som bakenforliggende årsak til at pasientene noen ganger flyttes til kommunen før papirene er klare.

Hauglands (2015) illustrasjon om kjernen i en rettslig standard retter fokus mot flere av de samme faktorene som bør være tilstede for å gi forsvarlig helsehjelp. Haugland nevner blant annet fagkompetanse, bemanning, prosedyrer og organisering. Handlingsrommet for avvikelse varierer ettersom dette er avhengig av kjernen, og yttergrensen for det akseptable vil dermed kunne være forskjellig fra situasjon til situasjon. En sykepleier med lang erfaring vil for eksempel kunne ha bedre forutsetninger for å takle ufullstendig, skriftlig dokumentasjon enn en uerfaren sykepleier.

HRO-perspektivet, som jeg mener er typisk for både Reason og Hollnagel, bygger på en underliggende tro om at mulig menneskelig svikt kan kompenseres for ved oppbygging av systemer basert på prosedyrer og rutiner. Ved å følge systemets prosedyrer skal man altså kunne unngå uønskede hendelser. Det er utarbeidet detaljerte, standardiserte rutiner for utskrivelse av pasienter til primærhelsetjenesten, men flere av informantene forteller at det ofte gjøres forenklinger av prosedyrene i praksis. Dokumentanalysen viser at rutine for utskrivelse er en kompleks prosess, men det er likevel ingen av informantene som nevner utfordringer knyttet til selve fremgangsmåten og systemet som benyttes.

Et eksempel på forenklinger kan være at man sender pasienten til sykehjemmet før epikrise med medisinliste er ferdig. Slike forenklinger kan redusere effekten av prosedyrer som barrierer, og føre til at personalet på sykehjemmet ikke kjenner til pasientens sykehistorie og mangler oversikt over hvilke medisiner som er gitt og hva som skal gis. I noen tilfeller kan det dreie seg om viktige medisiner som skal tas til bestemte tider, eller sykdommer som for eksempel diabetes eller epilepsi som kan få alvorlige konsekvenser dersom helsepersonellet ikke er informert om dette. Med bakgrunn i Lindøe (*et al.*, 2015) sin modell kan det være hensiktsmessig å avklare forhold omkring fagkompetanse, organisering, prosedyrer/fremgangsmåter, bemanning og utstyr før pasienten skrives ut fra sykehuset. Dette skal, i følge sykehusets prosedyre gjøres skriftlig, men bør muligens også gjøres muntlig, spesielt dersom man ikke har anledning til å ferdigstille nødvendige papirer før utskrivelse.

5.3 Tidspunkt for utskrivelse

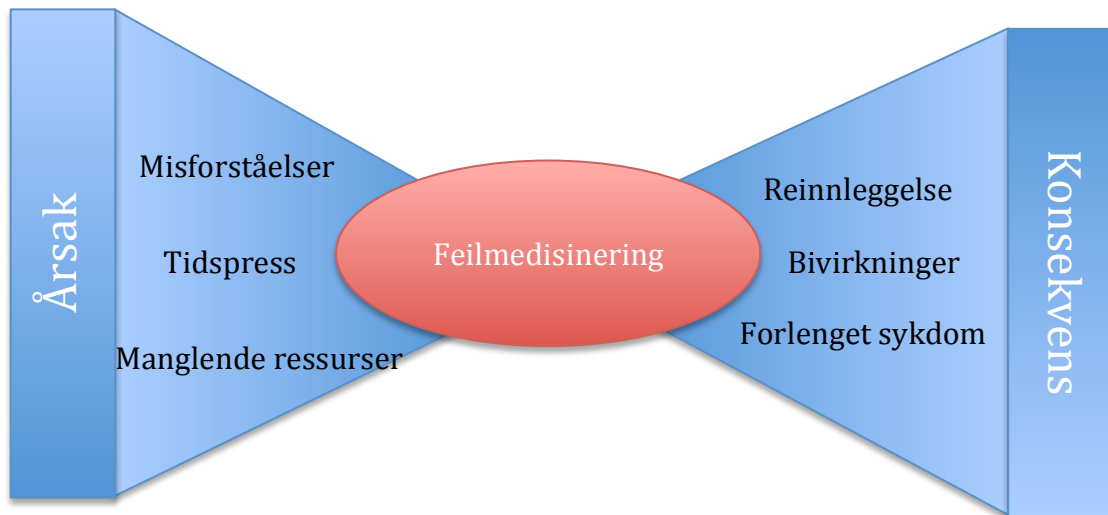
Sykepleierne på sykehuset sier at utskrivelse ofte blir bestemt i siste liten, og at man på grunn av dette får liten tid til å forberede pasienten og ferdigstille nødvendige papirer. Dette fører i tillegg til at sykepleierne på sykehjemmet får liten tid til å sette seg inn i pasientens problemstilling og gjøre nødvendige forberedelser.

Samhandlingsreformen legger økt fokus på å gi pasientene behandling nærmest mulig der de bor, og bidrar til et ytterligere press på en raskere utskrivelse. Samtidig som pasienten blir skrevet ut fra sykehus, er kommunen pliktig til å stille opp med et passende tilbud. Dersom kommunen ikke kan ta i mot pasienten, innføres det sanksjoner i form av betalingsplikt allerede fra første døgn. Informantene sier at pasientene som utskrives fra sykehus generelt er svakere og har et mer sammensatt sykdomsbilde enn før. Noen mener også at utskrivelsen skjer for tidlig på grunn av økonomiske hensyn. En av informantene sier at pasienter noen ganger blir meldt utskrivningsklare selv om de har stigende infeksjonsprøver eller er dårlig mobiliserte etter operasjon. Dette kan resultere i reinnleggelse på sykehuset, og dermed større utgifter for helsevesenet, enn om pasienten hadde blitt noen ekstra dager på sykehuset. På bakgrunn av dette stiller jeg meg spørrende til om samhandlingsreformen bidrar til bedre pasientsikkerhet.

Tidspunkt for utskrivelsen har ifølge informanter både i sykehus og sykehjem mye å si for kvaliteten på arbeidet som blir utført. De mest sårbare tidspunktene synes å være helger og kvelder. Årsaken til dette relateres til bemanningssituasjonen, da det på disse tidspunktene er redusert bemanning sammenlignet med for eksempel dagtid i ukedager. Dette kan føre til at man må gjøre forenklinger av prosedyren, og en av informantene sier at spesielt legene nedprioriterer å skrive utfyllende epikriser på disse dagene. Dersom pasienten får sykehjemsplass i løpet av helgen, får ikke sykepleierne medisinske opplysninger før tidligst førstkommende virkedag. Flere informanter fra sykehjem bekrefter at dette noen ganger skjer. Andre sier også at pasienter som kommer til sykehjemmet uten at det er gjort en ordentlig avtale på forhånd noen ganger kommer til låst dør. En slik hendelse går ofte likevel godt fordi pasienten klarer å ta hånd om situasjonen, men dersom pasienten for eksempel er forvirret på grunn av sykdom eller overføringen generelt, kan en ulykke oppstå. Summen av flere uheldige hendelser som skjer samtidig kan altså føre til at en alvorlig, uønsket hendelse oppstår (Reason, 1997).

5.4 Bruk av ressurser og kompetanse

Flere av informantene nevner tidspress som en årsak til at det blir gjort forenklinger av prosedyrene i praksis. Prosedyrer fungerer som et sikkerhetstiltak, men kun dersom de blir fulgt. Forenklinger kan føre til alvorlige konsekvenser, og feilmedisinering kan være et eksempel på dette. I praksis vil det være nødvendig å gjøre en vurdering av denne risikoen gjennom for eksempel en årsaks- og konsekvensanalyse. En årsaks- og konsekvensanalyse illustreres, som tidligere nevnt, godt gjennom et bow-tie-diagram. Figuren under viser et bow-tie-diagram for den uønskede hendelsen feilmedisinering (Aven *et al.*, 2010).



Figur 14. Bow-tie-diagram (Basert på Aven et al., 2010)

Ved å utføre en årsaks- og konsekvensanalyse vil man i følge Aven (*et al.*, 2010) kunne sette i verk planlagte tiltak for å unngå den uønskede hendelsen, som i dette tilfellet er feilmedisinering. Ved å benytte seg av denne metoden kan man iverksette både risikoreduserende tiltak og konsekvensreduserende tiltak. Hensikten med metoden er å forestille seg hendelser på forhånd, og dermed være i stand til å sette i verk målrettede tiltak. Etterhvert som sykepleieren får erfaring med forskjellige situasjoner vil man ofte stå ovenfor lignende situasjoner ved utskrivelse av pasienter, men man må likevel gjennomgå prosessen for å identifisere de uvanlige og ikke-erfarte hendelsene som potensielt kan føre til en ulykke. Flere av informantene, både i sykehus og sykehjem, påpeker å ha for lite kunnskap om systemene til sine samarbeidspartnere, og dette understreker viktigheten av å diskutere mulige uønskede hendelser og deretter sette i verk tiltak for å unngå disse.

Informantene mener at pasientene som skrives ut fra sykehuset ofte er svært syke, og at utskrivelsen noen ganger skjer for tidlig. De nevner episoder hvor epikriser og plan for videre behandling sendes etter at pasienten ankommer sykehjemmet, men sier likevel at de ikke opplever overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem som risikofylt for pasienten. Man ser at individuelle tilpasninger som blir gjort i hver enkelt situasjon bidrar til at de aller fleste overføringene faktisk går godt. De forskjellige sykepleierne, og deres kompetanse, betraktes som en ressurs som sikrer fleksibilitet og robusthet i systemet.

I følge Perrow (1999) karakteriseres helsetjenesten som et system med stor grad av komplekse interaksjoner som er løst koblet. Slike systemer vil ha potensial for å utvikle uventede interaksjoner mellom feil, men ved hjelp av desentralisert styring kan arbeiderne i den skarpe enden, som i denne sammenhengen vil være sykepleierne, ta kontroll over systemet før en ulykke får utvikle seg. Slik vil jeg si at kombinasjonen av rutiner for utskrivelse og muligheten for individuelle tilpassninger er en viktig suksessfaktor for en vellykket overføring.

På tross av tidspress, avbrytelser og komplekse sykehistorier sørger sykepleierne for å bruke hver enkelt sine ressurser, og summen av disse resulterer som regel i en sikker og god pasientoverføring. Dette beskriver Hollnagel ved bruk av Safety-II perspektivet, hvor fokuset ligger på hvorfor hendelser lykkes. Den tradisjonelle forståelsen innen sikkerhetsstyring har vært at man skal forsøke å hindre at noe går galt ved å fokusere på, og forebygge, uønskede hendelser. Uønskede hendelser er ofte forårsaket av en eller annen form for svikt, og fokuset ligger på å finne fram til en underliggende årsak og medvirkende faktor. Svikt kan eventuelt også tilbakeføres til menneskelig atferd, og lignende hendelser blir forsøkt redusert ved for eksempel opplæring og bruk av prosedyrer. Ved å benytte Safety-II tenkningen rettes fokuset mot å forstå hva som gjør at det vanligvis går godt, for på denne måten å få innsikt i hvorfor det likevel av og til går galt (Hollnagel, 2014). Det kan være rimelig å anta at en slik tilnærning til sikkerhetsstyring i helsevesenet bør illegges mer fokus i fremtiden.

Samtlige informanter mener i tillegg at direkte kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bør brukes som en anledning til å lære av hverandre. Ved å sørge for telefonisk kontakt med sykepleieren som skal overta ansvaret for pasienten, får man mulighet til å bruke hver enkelt sine ressurser fullt ut. I tillegg kan det være tidsbesparende, da sykepleieren fra spesialisthelsetjenesten kort kan forklare hva som er de viktigste faktorene, basert på sykepleieren i primærhelsetjenesten sitt individuelle behov. Dersom helsepersonellet har mye erfaring med den aktuelle problemstillingen, kan man fatte seg i korthet, samtidig som man må utdype problemet dersom sykepleieren er ny og uerfaren.

5.5 Hvordan oppnå best mulig læring?

I starten av oppgaven blir det presentert et case basert på allmenne erfaringer i en gastrokirurgisk avdeling. Caset representerer et pasientforløp som informantene kjenner igjen fra egen praksis. Under intervjuene ble caset gjennomgått og brukt som utgangspunkt for spørsmålene. Informantene fikk dermed anledning til å forestille seg potensielle uønskede hendelser, men også fokusere på hva som gjøres for å lykkes. Som nevnt tidligere ønsker mange telefonisk kontakt for å legge til rette for en sikker overføring. Jeg stiller spørsmål ved om avviksmeldinger kan brukes på samme måte. Ville man fått bedre effekt av å diskutere avvikshistorier i daglige rapporteringer mellom sykepleiere og annet helsepersonell? Kunne læringseffekten blitt bedre dersom personalet som melder avvikene også får diskutere og håndtere dem? Ved å presentere hendelser som helsepersonellet kjenner seg igjen i, øker potensialet for læring. I tillegg til dette mener jeg det er rimelig å anta at Safety-II perspektivets optimistiske syn på hvorfor man lykkes bidrar til økt engasjement sammenlignet med et gjennomgående fokus på feil og hvorfor man feiler.

Per dags dato ligger fokuset likevel på å unngå uønskede hendelser, og alle ansatte ved SUS har plikt til å registrere uønskede hendelser i avvikssystemet Synergi. Ved å bruke Synergi løftes utfordringene til ledelsen, som igjen kan resultere i tiltak i form av kurs eller nye rutiner. Dette er i henhold til det som Hollnagel beskriver som Safety-I tenkning. Likevel meldes det ofte synergier hvor man ikke ser effekten i linjen, som igjen kan føre til at den enkelte ansatt mister troen på at systemet bidrar til en forbedring av problemet. Ringvirkninger av dette kan være at færre synergier blir meldt, og uønskede hendelser forblir "skjult" for ledelsen. Meldinger i Synergi baseres altså på negative hendelser, og tilbakemeldinger og tiltak sendes fra ledelsen og ut til linjen. Hollnagel (2014) uttrykker viktigheten av å kombinere Safety-I og Safety-II tenkningen for best effekt, hvor man i tillegg til en reaktiv tilnærming også tenker proaktivt.

Innledningsvis i oppgaven presenteres to forskningsspørsmål som skal bidra til å besvare problemstillingen. Det første spørsmålet omhandler risikofaktorer ved overføring av pasienter, mens det andre spørsmålet omhandler opplevelser av

samhandling mellom sykehus og kommune. I utgangspunktet er spørsmålene svært ulike, men under arbeidet med intervjuene oppdager jeg at jeg får samme svar på begge spørsmålene. Informantene uttrykker et sterkt ønske om å utøve faglig forsvarlig praksis, men har lite fokus på sikkerhet generelt. Likevel peker Statens helsetilsyns melding fra både 2005 og 2016 på de samme utfordringene omkring samarbeid for å tilby faglig forsvarlige helsetjenester. I et utdrag av helsepersonellovens § 4 står det følgende om forsvarlighetsbegrepet: *”dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid med annet kvalifisert personell”*.

Ut fra samtaler med informantene kan det synes nødvendig med tettere kontakt mellom sykehus og kommuner. Jeg mener derfor det vil være hensiktsmessig å opprette samlingspunkter hvor sykepleiere fra sykehus og kommune kan samtale og lære av hverandre, både teoretisk og praktisk. Alle informantene gir uttrykk for manglende kunnskaper om hverandres systemer og måte å arbeide på, og det bør derfor rettes mer fokus på å bruke hverandres ressurser og sterke sider. På denne måten vil man kunne oppnå større innsikt i hverandres systemer og rutiner, oppnå forståelse for hverandres utfordringer og på denne måten samarbeide bedre omkring pasientene og deres behov.

Helsepersonell opplever og takler situasjoner forskjellig, og flere faktorer spiller inn når det gjelder forventninger til det enkelte helsepersonellets kvalifikasjoner. Blant disse er faglig profesjonsbakgrunn, formelle og reelle kvalifikasjoner samt variasjoner i personlig erfaring og kompetanse. Kvalifikasjonene til to sykepleiere kan vurderes ulikt, selv om de begge er sykepleiere. Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse gis derfor forskjellig innhold for helsepersonell i ulike situasjoner. Det forutsetter at vi til enhver tid har fokus på, og diskuterer kravene til faglig forsvarlig yrkesutøvelse og kommer fram til enighet om en faglig standard for et forsvarlig tjenestetilbud. Virksomhetene må planlegge for å opprettholde god praksis, slik at det ikke utøves en tjeneste med høy risiko for svikt på grensen mot en faglig forsvarlig minstestandard (Prop. 91 L (2010-2011)). Dette passer godt med ønsket om å håndtere avviksmeldinger i linjen.

Braut (2012) illustrerer en rettslig standard ved å vise til at ikke alle avvik fra god praksis gir uforsvarlig virksomhet, men påpeker viktigheten av at virksomheten selv

er ansvarlig for å identifisere sine kritiske punkter ved utskrivelse og mottak av pasienter for å unngå at en uønsket hendelse inntreffer. Gjennom intervju med både sykehuspersonalet og sykehjemspersonalet oppleves det for meg som om begge parter er klar over sine kritiske punkter, men at lite blir gjort for å forbedre situasjonen. I mange tilfeller brukes telefonisk kontakt mellom helsepersonellet, men det er ofte tilfeldig når dette skjer.

Det synes å være behov for enda mer systematisk arbeid knyttet til risikostyring, forebygging og håndtering av uønskede hendelser i de virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. For å nå dette målet kreves det risikobeviste ledere på alle nivå som kan forebygge og håndtere uønskede hendelser, og i tillegg ansvarliggjøre sine ansatte til å forebygge, avdekke og vise åpenhet omkring uønskede hendelser (NOU 2015:11).

6 Avslutning

Jeg skal i dette siste kapittelet av oppgaven oppsummere hovedfunnene fra studien ved å besvare forskningsspørsmålene, og mener at jeg på denne måten også får besvart min problemstilling. Forskningsspørsmålene besvares samlet da svarene jeg har fått på hver av dem synes å være like.

1. Hva vurderer sykepleiere som de viktigste risikofaktorene ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?
2. Hvordan opplever sykepleiere samhandlingen mellom sykehus og kommune?

Informantene opplever lite kunnskap omkring hverandres systemer og rutiner, og dette påvirker sikkerheten til pasientene når de flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Innføringen av elektroniske meldinger har effektivisert kommunikasjonen mellom tjenestene, men har også ført til at relasjonene endres fra å være personlige til å bli mer og mer elektroniske. Kritiske punkter relatert til dette er blant annet at medisinske opplysninger mangler, er feil eller kommer for sent ved en overføring. Informantene nevner i tillegg overføring som skjer på kveld og helg som spesielt risikofylt på grunn av redusert personale.

Nøyaktig og god dokumentasjon synes å være svært viktig ved overflytting av pasienter. I tillegg til skriftlig dokumentasjon ønsker informantene telefonisk kontakt for å forsikre seg om at informasjonen er mottatt og forstått. Dette gjelder begge veier, både for personalet på sykehuset og sykehjemmet. En slik kontakt fungerer som en barriere og øker sikkerheten for pasientene, og er i tråd med Reason (1997). Ved overflytting av pasienter på kveld og helg er det nødvendig med planlegging, og man bør opprette kontakt med aktuell kommune så tidlig som mulig for å gjøre gode avtaler. Godt forberedte pasienter og personale synes å føre til en mer sikker overføring. Ved å planlegge en overflytting i god tid, får man anledning til å sette i verk nødvendige tiltak som for eksempel å sende med utstyr og medisiner, tilrettelegge for opplæring eller leie inn ekstra personale. Viktigheten av å identifisere uønskede hendelser, for så å sette i verk målrettede tiltak, er i tråd med Aven (*et al.*, 2010), og kan for eksempel gjøres ved å gjennomføre en årsaks- og konsekvensanalyse.

Flere av informantene opplever kortere liggetid på sykehus, som medfører at svært syke pasienter blir overført til primærhelsetjenesten. Manglende kompetanse omkring disse tilstandene blir nevnt som en risikofaktor, og medfører noen ganger reinnleggelse i sykehus. Likevel sier flere av informantene at de ikke opplever overføring fra sykehus til sykehjem som risikofylt for pasienten. Økt fokus på samarbeid, og å ta lærdom av hendelser som går godt, mener jeg er en viktig faktor i sikkerhetsarbeidet og i tråd med Hollnagels Safety-II tenkning (Hollnagel, 2014). I tillegg til dette mener jeg at det er svært viktig at virksomheten selv er klar over sine kritiske punkter, og er i stand til å sette i verk tiltak ved behov.

Denne studien viser at informantene i stor grad er klar over hvilke risikofaktorer som finnes ved utskrivelse og mottak av pasienter, men at det bare ved tilfeldigheter blir satt i verk tiltak for å unngå at disse risikofaktorene resulterer i uønskede hendelser. Det er laget detaljerte rutiner for utskrivelseprosessen, men informantene sier at disse ofte ikke blir fulgt på grunn av organisatoriske faktorer og lokale arbeidsplassfaktorer. Samtidig kan helsetjenesten være utfordrende å prosedyrestyre, da en pasient sin situasjon og behov kan være totalt forskjellig fra en annens. Hovedfokuset bør, slik jeg ser det, ligge på å gjøre individuelle, vel gjennomtenkte vurderinger av hver pasient, før man setter i verk tiltak. Hva som regnes som forsvarlig helsehjelp må avgjøres etter en konkret vurdering av det enkelte tilfellet. Dette kan til gjengjeld være svært utfordrende da en vurdering av hvor denne grensen går er person- og situasjonsavhengig.

Informantene er klar over hvilke risikomomenter som finnes, men det synes å være tilfeldig når det blir satt i verk tiltak. På bakgrunn av dette mener jeg enhetsledere i helsetjenesten bør fokusere på bedre systematikk i arbeidet med å redusere antall uønskede hendelser, og dermed også redusere risikoen som overføringen kan medføre (NOU 2015:11). Ut fra samtaler med informantene mener jeg at telefonsamtalen blir utpekt som et viktig bindeledd mellom tjenestenivåene, og en god mulighet for helsepersonellet til å lære av hverandre. Kanskje burde viktigheten av direkte kontakt ilegges mer fokus, og bli en del av prosedyren?

7 Referanseliste

Aven, T. (2009) *Risikostyring*. 2. Opplag. Oslo, Universitetsforlaget.

Aven, T. Røed W. & Wiencke S. H. (2010) *Risikoanalyse*. 2. opplag. Oslo, Universitetsforlaget.

Braut, G.S., (2012) *Samhandlingsreforma – lovtolkingsutfordringar for tilsyn og revisjon*. Tilgjengelig fra:

http://www.nkrf.no/kommunerevisoren_5_2012/cms/161/127/hent_artikkel/176 (lest 01.04.16)

Braut, G.S., Kjelland, M. & Stridbeck, U. (2016) *Risikoforståing som utfordring for forvaltninga. Risikovurderingar i offentleg forvaltning og tenesteyting-Eit uklårt felt mellom fag og forvaltning*. Oslo: Gyldendal.

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*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Oslo.

Det kongelige helse og omsorgsdepartement. (2008-2009). St.meld.nr. 47.

Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted til rett tid. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Lest 07.12.15)

Fylkesmannen i Rogland. (2015) Rapport fra tilsyn med Sandnes kommune.

Samhandling om utskriving av pasienter fra Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF (SUS) 2015. Tilgjengelig fra:

www.helsetilsynet.no/no/tilsyn/tilsynsrapporter/rogaland/2015/sandnes-kommune-

[samhandling-utskrivning-av-pasienter-stavanger-universitetssjukehus-helse-stavanger-HF-2015/](#) (lest 02.10.15)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Meld.St 12 (2015-2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Oslo.

Helse Stavanger, Stavanger Universitetssjukehus. *Mål og strategier*. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Sider/Mål-og-strategier.aspx> (lest 04.11.15)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Fremmer Norges første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo.

Helsetilsynet, tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Tilgjengelig fra: https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (lest 15.03.16)

Helsetilsynet, tilsyn med sosial og helse. (2005). *Tilsynsmelding 2005*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2005.pdf> (lest 29.02.16)

Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management*. Farnham, Surrey, England: Ashgate.

Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindøe, P.H., Braut, G.S., & Kringen, J. (2015). *Risiko og tilsyn. Risikostyring og rettslig regulering*. 2. utgave. Universitetsforlaget.

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) av 2.7.1999 nr. 64.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Molven, Olav. (2015) *Helse og jus*. 8. utg. Oslo: Gyldendal.

NOU 2015:11. *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo.

Perrow, Charles. (1999). *Normal Accidents. Living With High-Risk Technologies*. Basic Books, USA.

Prop. nr. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.

Renn, O. (2008). *Risk governance: Coping with uncertainty in a complex world*. London: Earthscan.

Risikopersepsjon. (2012, 10. februar). I Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/risikopersepsjon> (Lest 15.11.15)

Strandos, M. (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar. I O. Bukve, & G. Kvåle. *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse-en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tjora, A., & Melby, L. *Samhandling for helse, kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. (2013) Gyldendal Akademisk.

Vestly, M., L. (2015) *Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken, en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori*. Mastergradsavhandling. Universitetet i Stavanger.

World health organization. (2007). *Communication during patient hand-overs*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> (Lest 02.12.15)

Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll-Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta som informant og er kjent med at ingen opplysninger vil kunne knyttes tilbake til den enkelte. Det vil ikke bli gjort lydopptak under samtalene, eller notert navn på notatene. Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst, og uten grunn, trekke ditt samtykke.

Risikovurdering av klinisk sykepleiearbeid
«Hvilke risikofaktorer bør kartlegges ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?»

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

Malinn Pedersen,

Masterstudent ved UiS, Stavanger 13.01.2016

Vedlegg 2 - Informasjon til informantene

Jeg er student ved Universitetet i Stavanger og jobber for tiden med en masteroppgave i studiet risikostyring og sikkerhetsledelse. I den forbindelse har jeg behov for å gjennomføre noen samtaler (cirka 30 min).

Mitt tema er pasientsikkerhet og problemstillingen lyder som følger:

Risikovurdering av klinisk sykepleiearbeid

«Hvilke risikofaktorer bør kartlegges ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?»

Bakgrunnen for valg av tema bygger på et stort engasjement for å tilby trygge tjenester til pasientene i regionen, i tillegg til erfaring fra spesialisthelsetjenesten hvor man har opplevd uønskede hendelser, eller tilløp til uønskede hendelser i forbindelse med utskrivelse av pasienter.

Som helsepersonell ønsker jeg å være del av et sykehus som tilbyr god kvalitet og tilstreber kontinuerlig forbedring av sine helsetjenester, i tillegg til at jeg som barn og barnebarn ønsker å kunne stole på systemet som en gang skal ta vare på mine nærmeste. Basert på dette er jeg interessert i å studere risikomomenter ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem.

På bakgrunn av dette ønsker jeg en samtale med deg med utgangspunkt i vedlagt intervjuguide og case. Case er en tenkt situasjon, men tar utgangspunkt i reelle sykdomsforløp. Bruk dette for å gjøre deg noen tanker omkring de ulike farene som kan oppstå ved overføring av "Ingrid" fra sykehus til sykehjem.

Under samtalen vil jeg gjøre notater for å få med mest mulig informasjon. Det vil ikke bli brukt båndopptaker. Hovedformålet med samtalen er å få en bedre forståelse for hvordan rutinene for utskrivelse, overføring og mottak av pasienter fungerer i praksis.

Jeg håper at du kan sette av tid til denne samtalen, det blir satt stor pris på!

Vennlig hilsen Malinn Pedersen

Stavanger 13.01.2016

Vedlegg 3 - Case

For to år siden fikk Ingrid, 86år, diagnosen kreft i bukspyttkjertelen. I starten levde hun som normalt, men de siste ukene har hun blitt gradvis svakere og gått ned i vekt på grunn av redusert matinntak. I dag morges ble Ingrid funnet av sin sønn, forslått på kjøkkengulvet. Hun hadde ikke lenger krefter til å klare seg hjemme. Ingrid var også blitt gul i huden og gav uttrykk for kløe, og etter å ha tatt kontakt med sin fastlege ble hun innlagt på gastrokirurgisk avdeling, en avdeling hun kjente godt fra tidligere utredning. Da Ingrid fikk sin kreftdiagnose var det ikke mulig å operere bort svulsten, så behandlingen har bestått i å lindre hennes symptomer på sykdom.

Under sykehusoppholdet blir det iverksatt flere tiltak. Ingrid får oppfølging av mobilt palliativt team, som er eksperter på blant annet smertelindring. Hun får råd og oppfølging av fysioterapeut og det blir gjort ERCP med stentinnleggelse for å få bort gulfargen og kløen i huden. I tillegg har Ingrid samtale med ernæringsfysiolog som lager et opplegg for å øke næringsinntaket.

Ingrid bor til vanlig i en liten enebolig over to etasjer. Hun har klart seg godt frem til nå, og kun fått hjelp av hjemmesykepleien til å administrere medisiner. Etter sykehusinnleggelsen føler hun seg derimot avkreftet, usikker på sin tilstand og har i perioder sterke smerter. På bakgrunn av dette er det søkt om opphold på sykehjem i kommunen, etter utskrivelse fra sykehuset.

Vedlegg 4 - Intervjuguide til sykehuspersonell

Alder:

Kjønn:

Arbeidserfaring som sykepleier:

1. Hvordan vil du generelt beskrive samhandlingen mellom sykehuset og kommunen i forbindelse med utskrivelse av pasienter?
 - a) Hva fungerer bra/hva fungerer mindre bra?
 - b) Hvis du skal velge en utfordring som hindrer/svekker god samhandling, hva vil det være?
2. Hva opplever du som problematisk ved utskrivelse av pasienter fra sykehuset til kommunen? Er det noe som kunne fungert bedre?
3. Hva kan du gjøre/gjør du for å være sikker på at en utskrivelse er sikker?
4. Hva mener du er suksesskriterier for god samhandling ved utskrivelse av pasienter fra sykehus til sykehjem?
5. Hvilke tanker har du om samhandlingsreformen?
 - a) Hvordan mener du den bidrar til å fremme/bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?
 - b) Har du opplevd endringer i samarbeidet/samhandlingen mellom sykehus og kommune etter samhandlingsreformen fra 2012?
6. Hvilke risikofaktorer mener du er størst ved utskrivelse av pasient til primærhelsetjenesten?
 - a) Kan du beskrive noen dager/tidspunkter som medfører større risiko for en uønsket hendelse ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?

7. Hva mener du er viktige forhold som må være på plass ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?
8. Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet?
 - a) Hva mener du er viktig for å ivareta pasientsikkerheten ved utskrivelse av pasient fra sykehus til sykehjem?
9. Hvordan vil du beskrive en trygg og god pasientoverføring?
 - a) Hvordan vil du beskrive en risikofylt/mangelfull pasientoverføring? Opplever du at utskrivelse til sykehjem er forbundet med risiko?
10. Hvilke tanker gjør du deg når du skriver ut en pasient fra sykehus til sykehjem
 - a) Mener du systemet er lagt til rette for en trygg og sikker samhandling med kommunene?
 - b) Finnes det rutiner/systemer som kan hindre feil i å resulterer i en uønsket hendelse ved utskrivelse (redundans)?
11. Forskning viser at pasienter er minst tilfreds med samhandling og utskriving, hvorfor tror du det er slik?

Vedlegg 5 - Intervjuguide til sykehjemspersonell

Alder:

Kjønn:

Arbeidserfaring som sykepleier:

1. Hvordan vil du generelt beskrive samhandlingen mellom sykehjem og sykehus i forbindelse med mottak av pasienter?

- a) Hva fungerer bra/hva fungerer mindre bra?
- b) Hvis du skal velge en utfordring som hindrer/svekker god samhandling, hva vil det være?

2. Hva opplever du som problematisk ved mottak av pasienter fra sykehuset? Er det noe som kunne fungert bedre?

3. Hva mener du er suksesskriterier for god samhandling ved mottak av pasienter fra sykehus?

4. Hvilke tanker har du om samhandlingsreformen?

- a) Hvordan mener du den bidrar til å fremme/bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?
- b) Har du opplevd endringer i samarbeidet/samhandlingen mellom sykehjem og sykehus etter samhandlingsreformen fra 2012?

5. Hvilke risikofaktorer mener du er størst ved mottak av pasienter fra spesialisthelsetjenesten?

- a) Kan du beskrive noen dager/tidspunkter som medfører større risiko for en uønsket hendelse ved mottak av pasienter fra sykehus?

6. Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet?

a) Hva mener du er viktig for å ivareta pasientsikkerheten ved mottak av pasienter fra sykehus?

7. Hvordan vil du beskrive en trygg og god pasientoverføring?

a) Hvordan vil du beskrive en risikofylt/mangelfull pasientoverføring? Opplever du at mottak av pasienter fra spesialisthelsetjenesten er forbundet med risiko?

8. Hvilke tanker gjør du deg når du tar i mot en pasient fra sykehus?

a) Mener du systemet er lagt til rette for en trygg og sikker samhandling med sykehuset?

b) Finnes det rutiner/systemer som kan hindre feil i å resulterer i en uønsket hendelse ved mottak av pasient (redundans)?

9. Forskning viser at pasienter er minst tilfreds med samhandling og utskriving, hvorfor tror du det er slik?