

**BSYBAC\_5**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Sykepleieres erfaringer med informasjonsoverføring mellom sykehus og  
hjemmesykepleie ved utskrivelse fra sykehus*

*[Stavanger, 3.november 2022]*

X

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Det oppleves at det er stor variasjon i mengde og kvalitet i informasjonen som oversendes fra sykehus til hjemmesykepleien ved utskrivelse fra sykehus. Informasjonen som helseforetakene oversender til kommunen ved utskrivelse har ikke en kvalitet som sikrer trygge, helhetlige og kontinuerlige pasientforløp.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å få en bedre forståelse av hvilke faktorer sykepleierne opplever at påvirker informasjonsoverføring i samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien, på godt og vondt.

### *Metode*

For å belyse problemstillingen brukes metode for integrativ litteraturoversikt, hvor fem kvalitative forskningsartikler analyseres. Besvarelsen utføres basert på resultater fra forskningsartiklene, relevant litteratur og lovverk samt egne refleksjoner.

### *Resultater*

Informasjonsoverføringen fra sykehus ut til hjemmesykepleien opplevdes som mangelfull. Resultatene viser at sykehussykepleierne mangler kunnskap om hjemmesykepleierne sitt arbeid, og dette påvirker informasjonsoverføringen. Det er behov for dialog ut over elektronisk meldingsutveksling for å oppnå tilfredsstillende informasjonsoverføring. Det finnes en gjensidig manglende tillit mellom sykehussykepleierne og hjemmesykepleierne. Sykepleiernes ulike prioritering av informasjon har sammenheng med de ulike faglige og organisatoriske rammene de jobber innen.

## Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>1.2 Problemformulering .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>1.3 Hensikt .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>2.1 Samhandling i helsetjenesten .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>2.2 Dokumentasjon.....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>2.3 Forsvarlighet .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>2.4 Informasjonsoverføring i sykepleien.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>2.5 Kari Martinsens omsorgsteori sett i lys av samhandling .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>4.1 For sen, lite utfyllende eller unødvendig informasjon .....</b>	<b>- 15 -</b>
4.1.1 Konsekvenser for hjemmesykepleierne.....	- 16 -
<b>4.2 Ulik kunnskap om den andres arbeid påvirker innholdet i informasjonen.....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>4.3 Fordeler og ulemper ved elektronisk meldingsutveksling .....</b>	<b>- 18 -</b>
4.3.1 Effektivt og tidsbesparende verktøy .....	- 18 -
4.3.2 Oppfordrer ikke til dialog.....	- 19 -
4.3.3 Ofte behov for supplerende informasjon.....	- 20 -
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>- 21 -</b>
<b>5.1 Metodediskusjon .....</b>	<b>- 21 -</b>
<b>5.2 Resultatdiskusjon .....</b>	<b>- 23 -</b>
5.2.1 Ulike mål med pleien påvirker dokumentasjonen.....	- 24 -
5.2.2 Ulik arbeidsmåte som faktor i informasjonsutvekslingen.....	- 24 -

5.2.3 Tillit, eller mangel på tillit.....	- 26 -
5.2.4 Kommunikasjonsteknologiens plass i informasjonsutveksling.....	- 27 -
5.2.5 Forsvarlighet og dokumentasjon – en plikt .....	- 28 -
<b>6.0 Praktisk anvendelse .....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>- 31 -</b>
<b>Vedlegg</b>	
<b><i>Vedlegg 1: Søkelogg</i></b>	
<b><i>Vedlegg 2: Litteratormatrise</i></b>	

Antall ord i oppgaven: 7643

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har gjennom egen praksis reflektert over informasjonsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Som student i praksis har jeg deltatt i denne kommunikasjonen både fra sykehus og fra hjemmesykepleie, og av og til stilt meg spørsmålet «var det bra nok?». I praksis i hjemmesykepleie hørtes stadig irritasjon rundt informasjonen mottatt fra sykehuset og i sykehuspraksis skapte arbeidsoppgaven med å oversende informasjon stress og bekymring for hvordan det gikk med pasienten som ble utskrevet. Som pårørende har jeg erfart at epikrise ikke ble sendt til riktig plass i kommunen og det førte til forsinket oppstart av behandling og unødig sykdomslidelse for personen. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2017 - 2018) fastslo at «informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskriving av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp». Jeg ønsker med denne oppgaven å utforske dette temaet nærmere.

### 1.2 Problemformulering

Det er ifølge Riksrevisjonen (2018) en manglende kvalitet på informasjonen som blir oversendt fra sykehus til kommunen under utskriving av pasienter som trenger videre oppfølging i kommunen. Dette truer pasientsikkerheten samt utfordrer utøvelsen av helhetlig sykepleie. Manglende kunnskap rundt informasjonsoverføring ved utskriving til kommunen kan ha konsekvenser for pasienter og brukeres behandling og pleie og vanskeliggjøre helhetlige og koordinerte pasientforløp. For å bidra til å styrke pasientsikkerheten i pasientoverganger fra sykehus til kommune bør det undersøkes hva som forårsaker så store variasjoner i kvalitet og mengde informasjon. Undersøkelse av sykepleiernes erfaring med informasjonsoverføring kan bidra til å avdekke underliggende grunner til variasjonen som sees i informasjonsoverføringen.

### 1.3 Hensikt

Det trengs mer kunnskap for å ivareta pasientsikkerhet og helhetlig sykepleie i pasientoverganger fra sykehus til hjemmesykepleie. Oppgaven sikter seg inn på informasjonsutvekslingens betydning for samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien. Oppgaven undersøker

hvordan sykepleiere i sykehus og i hjemmesykepleien opplever informasjonsflyten ved utskrivelse fra sykehus til hjemmesykepleien. Hensikten med oppgaven er å få en bedre forståelse av hvilke faktorer sykepleierne opplever at påvirker informasjonsoverføring i samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien, på godt og vondt.

## 2.0 Teori

### 2.1 Samhandling i helsetjenesten

#### *Pasientoverganger*

Begrepet pasientovergang omfatter alle situasjoner der en pasient fysisk overføres fra en plass til en annen og ansvaret flyttes over til annet personale. En pasientovergang skjer blant annet når pasientene overføres mellom sykehus og kommunale tjenester (Schibeavaag, Alstveit Laugaland, & Aase, 2018). Forskning viser at en medvirkende årsak til uønskede hendelser i pasientoverganger er utilstrekkelig kommunikasjon (Schibeavaag et al., 2018). Pasientoverganger er en stor del av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og innebærer en økt risiko for uønskede hendelser (Schibeavaag et al., 2018). I så måte er trygge pasientoverganger preget av god samhandling, kommunikasjon og kontinuitet (Schibeavaag et al., 2018).

#### *Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten*

Med pasientsikkerhet menes det å verne pasienten mot unøddig skade eller risiko som følge av helsetjenesters innsats og ytelse eller mangel på dette (Helsedirektoratet, 2022). Tjenester av god kvalitet er blant annet virkningsfulle, samordnet, trygge og sikre og preget av kontinuitet (Helsedirektoratet, 2017). Kvalitet i helsetjenesten og pasientsikkerhet henger tett sammen og det er vanlig å si at sikkerhet går under et bredere kvalitetsbegrep (Aase, 2018).

Pasientsikkerhetsarbeidet i trygge hender 24-7 som koordineres av Helsedirektoratet identifiserer god utskrivingsprosess som ett av 13 innsatsområder. Utskrivingsprosessen innebærer sammensatte utfordringer og helsetjenesten bør arbeide for å forbedre blant annet informasjonsflyt, samhandling og opplæring av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2021).

#### *Samhandlingsreformen*

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), også kjent som Samhandlingsreformen, definerer samhandling som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til å fordele oppgaver for å nå et felles mål. Innføring av Samhandlingsreformen har økt fokuset på samhandling og har ført til utallige forbedringsprosjekter, utlysning av samhandlingsmidler, samt utarbeidelse av en

forskningsstrategi rundt samhandling (Schibeveag et al., 2018). Helseforetakene og kommunene har en gjensidig samarbeidsplikt jamfør helse- og omsorgstjenesteloven §3-4 (Molven, 2019). Dette ble klarere regulert fra 2012 med Samhandlingsreformen. Jamfør helse- og omsorgstjenesteloven §6-2, innførte Samhandlingsreformen krav om samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene der avtalen blant annet måtte omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for videre kommunale tjenester etter utskrivelse fra institusjon. Avtalen måtte også inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling (Molven, 2019). Innholdet i utskrivningsnotat var i en studie av sykepleiedokumentasjonen i pasientjournaler fra 2004, om ikke helt fraværende, svært varierende og det var ulike syn på hva slags type informasjon det var viktig å videreformidle (Hellesø, Lorensen, & Sorensen, 2004). Etter Samhandlingsreformens innføring har hjemmesykepleiernes oppgaver, ansvar og funksjon endret seg og de ivaretar syke pasienter, som skrives ut tidligere fra sykehus enn før (Kristoffersen, 2012a). Dette krever god samhandling og tilstrekkelig informasjon fra sykehusene ut til hjemmesykepleien.

## 2.2 Dokumentasjon

Dokumentasjon er å se som et bindeledd og kommunikasjonsmiddel mellom alle de som yter helsehjelp (Molven, 2019). Sykepleiefaglig dokumentasjon har som hensikt å tydeliggjøre sykepleieres handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleien, uansett mål for pleien (Dahl & Skaug, 2012). Dokumentasjon i helsetjenesten skal primært gjengi fakta, men kan og bør også inneholde evalueringer og vurderinger (Molven, 2019). Sykepleiedokumentasjon er i liket med annen dokumentasjon ment til å ivareta pasientens sikkerhet samt sørge for kontinuitet i helsehjelpen (Molven, 2019). I forskrift om pasientjournal (2019) skal journalen «inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient» (§4). Formålet med forskriften defineres i §1 som blant annet å bidra til at pasienter mottar helsehjelp av god kvalitet, inkludert effektive og gode pasientforløp. Sykepleiedokumentasjonen synliggjør også at kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie er ivarettatt (Dahl & Skaug, 2012). Når det i eksempelvis samhandling kommer til overføring av materiale fra journal skal helsepersonell som hovedregel «gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte» (helsepersonelloven, 1999, §45). Helsepersonellet i samhandlingen har dermed, i den grad det er en forutsetning for



utøvelse av forsvarlig helsehjelp, en plikt til å utveksle informasjon.

### 2.3 Forsvarlighet

Forsvarlighetsprinsippet bygger på det etiske prinsippet om å gjøre det som gagnar pasienten og ikke påføre skade (Molven, 2019). Forsvarlig sykepleie inngår i både faglige, juridiske og etiske rammer (Norsk sykepleierforbund, 2018). Sykepleieren har ifølge Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer «et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.» (2019, punkt 1.3). Sykepleiere har en juridisk plikt til utførelse av faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som defineres i helsepersonelloven (1999) §4 om forsvarlighet. Loven tar høyde for den enkeltes kvalifikasjoner og uttrykker at helsepersonellet skal utøve arbeid forsvarlig ut ifra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Plikten til faglig forsvarlighet innebærer å benytte anerkjent og oppdatert kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2018). I følge Tønnesen & Nortvedt (2012) har sykepleieren et eget ansvar for å bestemme innholdet i forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp og det skal være i tråd med sykepleiefagets grunnlag og tjenestens hensikt.

I forsvarlig virksomhet ligger det at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå (Helsedirektoratet, 2017). Juridisk uttrykkes forsvarlighetsprinsippet ikke utelukkende for helsepersonell, men gjelder også primær- og spesialisthelsetjenesten og omtales blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §4-1 og spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-2. «Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utøver tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter ...» (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Virksomhetene har altså en plikt til å tilrettelegge slik at det er mulig for helsepersonellet å utøve forsvarlig virksomhet (Molven, 2019).

### 2.4 Informasjonsoverføring i sykepleien

Sykepleieren skal, ifølge punkt 4.1 i norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019), fremme åpenhet og godt tverrfaglig samarbeid i helsetjenesten. Samhandling foregår på alle nivå av helsetjenesten og kan gjenkjennes i helsepersonells daglige arbeid som en åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess mellom aktører som jobber mot et felles mål (Schibeavaag et al., 2018). Dette forholdet krever i følge Torgersen & Steiro blant annet tillit, involvering og

bransjekunnskap (sitert i Schibeavaag et al., 2018, s. 135). Kristoffersen (2012a) sin beskrivelse av tverrfaglig samarbeid trekker frem at samme målsetting muliggjør bedre resultater og setter tiltakene inn i en felles forståelse for pasientens situasjon. Schibeavaag et al. (2018) fremhever at ulik målforståelse vil påvirke kommunikasjonen fordi aktørene da vektlegger ting ulikt i pasientovergangene.

Torgersen og Steiro trekker frem fire dimensjoner de involverte bør være bevisste på i samhandlingen; kommunikasjon og profesjonsspråk, rollebevissthet, kontekst og ledelse (referert i Schibeavaag et al., 2018). Kristoffersen (2012a) viser til en form for kompetanse sykepleieren må inneha ut over sin kliniske og faglige kunnskap. Sykepleieren må kunne forstå og håndtere de rammene sykepleien utøves innenfor, og inneha en organisasjonskompetanse (Kristoffersen, 2012a). Dette innebærer kompetanse om hvordan en organisasjon er bygd opp og fungerer, samt forståelse for egen rolle innen systemet. Organisatorisk kompetanse kan gi sykepleieren en økt forståelse for verdikonflikter i større perspektiv, i skjæringspunktet mellom for eksempel sykepleierens verdier og organisasjonens verdier (Kristoffersen, 2012a).

Eldre over 80 år står for 45% av mottakere av hjemmesykepleie (Helsedirektoratet, 2014). Informasjonsoverføring er vesentlig i ivaretagelsen av trygge tjenester, og når syke eldre overflyttes mellom hjemmesykepleien og andre institusjoner forutsetter det kommunikasjon mellom forvaltningsnivåene, fagmiljøene, hjemmesykepleien internt, pasienten og pårørende (Fermann & Næss, 2014). Sykehuset gir anbefalinger til kommunen om hvilke tjenester pasienten kan trenge, men det er like fullt kommunens ansvar å avgjøre hvor, og i hvor stor grad pasienten skal motta tjenester i kommunen (Alstveit Laugaland & Aase, 2018). En godt forberedt utskrivning er en viktig faktor for at det skal gå bra med eldre pasienter etter utskrivelse fra sykehuset og kan bidra til redusert behov for reinnleggelse i sykehus (Ranhoff, 2014).

## 2.5 Kari Martinsens omsorgsteori sett i lys av samhandling

Omsorgsfilosofen Kari Martinsen beskriver omsorg i ulike dimensjoner som noe mer enn en grunnholdning, og omsorgen manifesterer seg også i høy grad i praktisk handling (Kristoffersen,

2012b). Martinsen fremhever blant annet en omsorgsrelasjon som innebærer forpliktelse og ansvar fra den utøvende side. I samhandlingen kommer denne omsorgsrelasjonen frem i sykepleierens ansvar og forpliktelse til å overføre god sykepleiefaglig informasjon til mottaker. Sykepleieren utøver omsorg blant annet gjennom faglig god dokumentasjon og samhandling, som igjen muliggjør utøvelse av omsorgsfull sykepleie for den enkelte. Omsorgen Martinsen beskriver blir utført i dagligdagse situasjoner og hjelpen grunner i den konkrete situasjonen den trengende befinner seg i (Kristoffersen, 2012b). I så måte kan samhandling og utøvelse av sykepleien som et resultat av god samhandling forstås som en form for omsorg.

### 3.0 Metode

#### *Hva er metode*

Dalland (2015) beskriver metode som et redskap i innsamlingen av nødvendig data for å gjennomføre en undersøkelse. Innhenting av data kan skje enten empirisk eller ved gjennomgang av eksisterende litteratur; det viktige er at forskerens metode kommer klart frem. Metode er den planmessige fremgangsmåten man har hatt i undersøkelsen av et område av interesse; metoden man velger å bruke sier noe om hvordan man har gått frem i sin undersøkelse og gjør dermed undersøkelsen etterprøvable. Metoden velges basert på hva forskeren mener er en hensiktsmessig måte å belyse spørsmålet sitt på.

#### *Anvendt metode*

I denne oppgaven brukes metode for integrativ litteraturoversikt som beskrevet i Friberg (2017, s.141-151). I metoden beskrevet av Friberg kan både kvalitativ og kvantitativ forskning benyttes for å skape en integrativ litteraturoversikt. Her brukes kvalitative studier for å belyse problemstillingen. Friberg tar inspirasjon fra Whittemore og Knafl (2005) og beskriver metoden kort slik: Datareduksjon – skape en oversikt – gjør sammenligninger – dra slutninger og verifiser.

#### *Søkeprosessen*

Det ble søkt i CINAHL, Swemed+ og Oria med ulike avgrensninger avhengig av søkemotorens funksjoner. De overordnede avgrensningskriteriene var imidlertid like; artiklene måtte være fagfelleverderte vitenskapelige artikler gjennomført med kvalitativ forskningsmetode og ta for seg sykepleieres perspektiv. For å oppnå kontekstuell forståelse av funnene måtte forskningsdata ha vært innhentet i Skandinavia. Artiklene måtte finnes på enten et nordisk språk eller engelsk og blitt publisert etter 2012. Det ble tatt i bruk både norske og engelske søkeord; dette ble basert på hvilket språk som var tilsynelatende mest brukt i de ulike databasene. I databasene Oria og Swemed+ ble norske søkeord brukt og i CINAHL ble søk utført med engelske søkeord. Sammensetningen av søkeordene baserte seg på en forenklet versjon av PICO strukturen03.11.2022 09:41:00 for søk innen evidensbasert medisin (Richardson, Wilson, Nishikawa, & Hayward, 1995). PICO er en forkortelse for kategoriene "Population, Intervention,

Comparison & Outcome». Den forenklaede versjonen bytter «C» og «O» ut med «Co» for «Context», som kan være en mer hensiktsmessig tilnærming til søket etter kvalitativ forskning.

Det ble foretatt innledende søk for å gjøre meg kjent med søkemotorene og omfanget av databasene samt få en viss oversikt over forskningsområdet og danne et «helikopterperspektiv». Innledende søk bar preg av at søkeordene ikke var spesifikke nok og resultatene var ikke relevante for oppgavens problemstilling. Flere nye søkeord ble funnet i artiklene og det ble foretatt nye søk med ulike kombinasjoner av søkeord. Sammendraget ble lest i artiklene hvis overskrift så ut til å være relevant og artiklene ble valgt ut basert på ovennevnte eksklusjons- og inklusjonskriterier. Utvelgelse ble tatt basert på artiklenes tittel, deretter ble artiklene vurdert basert på sammendraget. Det ble oppdaget at flere av artiklene hadde data innhentet før 2012, så her ble inklusjonskriteriene justert etter primærsøket var utført til å kun inkludere artikler hvis forskningsdata var innhentet etter 2012. Dette ble gjort på grunn av at data innhentet før Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 ikke ble vurdert relevant for praktisk applikasjon i dagens samhandlingsmodell. Artiklene som oppfylte kriteriene, ble lest gjennom i sin helhet og vurdert som aktuell eller ikke aktuell. Fem artikler ble til slutt vurdert aktuelle for videre analyse.

Tre av studiene var utført i Norge, to i Danmark. Artiklene fra Danmark ble funnet i CINAHL og ser ut til å stamme fra en større studie og baserer seg derfor på samme empiriske data med fokusgruppeintervjuer og deltakende observasjon i sykehus og kommuner. Funnene i disse to artiklene blir presentert av forfatterne uten tydelig distinksjon på om data er hentet fra intervju eller observasjon. Én norsk artikkel tok for seg hjemmesykepleiernes opplevelser i samhandling med spesialisthelsetjenesten i individuelle dybdeintervju. En annen norsk artikkel utførte intra- og interprofesjonelle fokusgruppediskusjoner, samt individuelle intervju, om samhandling om palliative pasienter i kommunen. Den gjenværende norske artikkelen utførte fokusgruppeintervju med både hjemmesykepleiere og sykehussykepleiere samt sykepleiere som arbeidet i saksbehandler- og administrative roller. Alle Artiklenes hensikt dreide seg om samhandling mellom sykepleiere i hjemmetjenesten og i sykehusene og nesten alle deltakerne brukte elektronisk meldingsutveksling i utskrivelsesprosessen. Det ble lagt vekt på at studiene hadde

identifisert flere funn relatert til informasjonsutveksling mellom sykehus og hjemmesykepleie. Tre av artiklene var skrevet på engelsk, to på norsk.

Artiklene fremstilles her i oversiktstabell:

<b>Forfattere, årstall, tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>
BeritJ. Brattheim, Ragnhild Hellesø og Line Melby (2016), « <i>Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune</i> »	Å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste	Sykepleiere på sykehus og i hjemmesykepleie	Kvalitativ studie med intervjuer (individuelle og gruppe)
May-Lill Johansen & Bente Ervik (2022), « <i>Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway</i> »	Utforske hvordan rurale (landlige) helsepersonell opplever lokalt og regional samhandling om pasienter med behov for palliativ pleie	Hjemmesykepleiere, kreftsykepleiere, fastleger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Alle fra kommunen.	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju
Siri Tønnesen, Bente Lilljan Lind Kassah & Wivi-Ann Tingvoll (2016), « <i>Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten</i> »	Få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innførelsen av Samhandlingsreformen.	Sykepleiere I hjemmesykepleien	Kvalitativ studie med individuelle dybteintervju
Helle V. Petersen, Signe Foged, Annette L. Madsen, Ove Andersen & Vibeke Nørholm (2018), « <i>Nurses perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study</i> »	Å utforske sykepleiere I sykehus og hjemmesykepleie hvordan et e-meldingssystem påvirker kommunikasjonen på tvers av sektorene to år etter innføring.	Sykepleiere fra sykehus og kommuner Danmark	Kvalitativ studie med semistrukturerte gruppeintervju og deltakende observasjon
Helle Vendel Petersen, Signe Foged & Vibeke Nørholm (2019), « <i>It is two worlds</i> » cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study»	Å utforske hvordan sykepleiere I sykehus og I hjemmesykepleien snakker om og opplever samarbeid på tvers av sektorer relatert til overgangspaneleie av eldre pasienter.	Sykepleiere fra sykehus og kommuner Danmark	Kvalitativ studie med semistrukturerte gruppeintervju og deltakende observasjon

*Analyse av artiklene*

Analysearbeidet har tatt utgangspunkt i Fribergs metode for integrativ litteraturoversikt (Friberg, 2017, s.141-151). Denne oppgaven tar for seg analyse av empiriske funn fra utvalgte kvalitative artikler innenfor det gitte tema, sammenstiller funnene og skaper sammen med aktuell teori en ny forståelse av stoffet. Man beveger seg i analysen fra helhet, til deler og så til en ny helhet. Artiklene ble lest igjennom flere ganger og alle funn som omhandlet informasjonsutveksling ble markert. Det ble så foretatt en datareduksjon i flere omganger. Artiklene ble lest gjennom én og én og funn ble i fritekst skrevet inn i en oversiktstabell. Funnene i samme artikkel ble satt opp imot hverandre og forsøkt oppsummert i kortere punkter i neste kolonne. De forkortede funnene ble deretter sammenlignet med punktene fra de andre artiklene, sammenfallende funn ble fargekodet på tvers av artiklene. Ut ifra de oppsummerte og fargekodede funnene ble det utarbeidet tre kategorier med underkategorier. Her ble flere ulike sammensetninger prøvd ut for å fremstille de nye funnene på en oversiktlig måte. Det ble så systematisk hentet ut relevante sitat fra artiklene som belyste de nye kategoriene. Engelske sitater ble fritt oversatt til norsk.

## 4.0 Resultat

Etter analyse og sammenstilling av funn i artiklene ble det utarbeidet tre hovedkategorier med underkategorier; fremstilles her i tabell:

Hovedkategori	Underkategori
4.1 For sen, lite utfyllende eller unødvendig informasjon	4.1.1 Konsekvenser for hjemmesykepleierne
4.2 Ulik kunnskap om den andres arbeid påvirket innholdet i informasjonen	
4.3 Fordeler og ulemper ved elektronisk informasjonsutveksling	4.3.1 Effektivt og tidsbesparende verktøy 4.3.2 Oppfordrer ikke til dialog 4.3.3 Ofte behov for supplerende informasjon

### 4.1 For sen, lite utfyllende eller unødvendig informasjon

Hjemmesykepleierne opplevde ofte at informasjonen de mottok ikke var utfyllende nok, eller feil (Petersen et al., 2018). Siden sykepleierne så ut til å ha ulik oppfatning av hverandres arbeid kunne dette i følge Petersen et al. (2019) føre til utilstrekkelig eller unødvendig informasjonsoverføring fra sykehuset til hjemmesykepleien. «Og da ringer vi dem: ‘Vet du hva, vi har sett pleieplanen deres, men for å gjøre ting riktig, trenger vi mer informasjon’» - hjemmesykepleier (Petersen, Foged, Madsen, Andersen, & Nørholm, 2018, s. 513).

To av artiklene fant at hjemmesykepleierne mottok opplysninger for sent, for eksempel etter pasienten allerede var kommet hjem (Johansen & Ervik, 2022)(Brattheim, Hellesø, & Melby, 2016). Brattheim et al. (2016) avdekket at hjemmesykepleier ble involvert først på selve utskrivingsdagen. I studien til Johansen & Ervik (2022) ble det påpekt at utskrivelsesnotat ofte manglet eller kom for sent og var lite utfyllende i tilfeller der pasienten hadde komplekse problemstillinger. Mangel på nok informasjon til riktig tid var også et av de vanligste problemene ved pasientovergang til kommunen ifølge Brattheim et al. (2016). Dette omfattet også viktig medisinsk informasjon i epikrisen. «Hvis vi er heldige å få noe, så er det ikke ferdige



epikriser .... den [ferdige epikrisen] kan komme om en uke så det ...» (Tønnesen, Lind Kassah, & Tingvoll, 2016, s. 21). Johansen & Ervik (2022) fant at sykepleierne var redde for såkalte «worst case scenario» der man utenfor kontortid mottok pasienter fra sykehuset og ikke hadde mottatt nok informasjon eller en utarbeidet plan på forhånd. Dette gjorde i noen tilfeller reinnleggelse til sykehuset vanskelig å unngå og medførte belastning for pasienten. Tidvis var utskrivelsesnotatet nesten identisk med tidligere tilsendte helseopplysninger og sykepleierne brukte mye tid på å hente ut den nye informasjonen (Petersen et al., 2018).

#### 4.1.1 Konsekvenser for hjemmesykepleierne

Manglende informasjon tilsendt fra sykehuset skapte merarbeid for hjemmesykepleierne. «Utilstrekkelig eller upresis informasjon ga hjemmesykepleierne betydelige utfordringer i utførelsen av deres daglige arbeid ...» (Petersen et al., 2019, s. 2004). Både Petersen et al. (2018) og Johansen & Ervik (2022) fant at utfordringer knyttet til dette også bestod av mulig tillitsbrudd eller konflikt med pasient eller pårørende. Hjemmesykepleierne uttrykte at de kunne oppleve å fremstå inkompetent ovenfor pasienten om de ikke var fullt ut informerte (Petersen et al., 2018).

Petersen et al. (2018) fant en generell mistillit hos sykepleierne i hjemmesykepleien til informasjonen oversendt fra sykehuset på grunn av erfaringer med upresise, feil eller selvmotsigende rapporter fra sykehuset. I flere tilfeller uttrykte hjemmesykepleierne at de mangler tillit til informasjonen tilsendt fra sykehuset og at de måtte bruke tid og energi på å validere innholdet (Petersen et al., 2018). Tønnesen et al. (2016) beskriver det samme slik: «Det begrensede samarbeidet om pasientopplysninger gjør dem usikre ... derfor dobbeltsjekker (sykepleierne) den mangelfulle informasjonen de mottar» (s. 21).

#### 4.2 Ulik kunnskap om den andres arbeid påvirket innholdet i informasjonen

Alle hjemmesykepleierne uttrykte at god informasjon var uunnværlig i planleggingen og utførelsen av god pleie i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus. Hjemmesykepleierne i Petersen et al. (2019) sitt studie uttrykte at de var veldig avhengige av informasjonen fra sykehuset og den var en forutsetning for mye av deres arbeid. Det samme kom frem fra hjemmesykepleierne i

Tønnesen, Lind Kassah, & Tingvoll (2016), «god informasjonsflyt er helt avgjørende for å kunne gi gode tjenester.» (s.19). Petersen, Foged, Madsen, Andersen, & Nørholm (2018) fant at sykepleierne vektla betydningen av informasjonsutveksling i ulik grad: «Der utveksling av informasjon ikke var sykehussykepleiernes hovedfokus, ble det beskrevet som basisen for mye av hjemmesykepleiernes arbeid» (s. 513). Sykehussykepleierne uttrykte at de visste at hjemmesykepleierne var avhengige av god informasjon fra sykehuset, men fortalte at det å skrive og sende slike opplysninger ble nedprioritert i en travel arbeidshverdag (Petersen et al., 2018).

Tønnesen et al. (2016) og Petersen et al. (2019) viser begge at sykepleierne mener at kunnskap og forståelse for den andres rolle påvirker innholdet i informasjonen. Johansen & Ervik (2022) peker på at samhandlingen utfordres av de ulike perspektivene på pleie og ulik vektlegging av pasientens situasjon og behov. Det fantes uttrykk for at manglende forståelse for den andres arbeidsmåte var et hinder for god samhandling i Petersen et al. (2019). «Samhandling går ut ifra det systemet man jobber i. At man kanskje ser på samhandling forskjellig alt ettersom hvor man jobber hen» (Tønnesen et al., 2016, s. 19). Hjemmesykepleierne i Petersen et al. (2019) erkjenner at de har ulikt fokus i sin pasientrettede pleie og at dette påvirker kommunikasjonen: «En annen arbeidsmåte .... det har også innvirkning på kommunikasjon og relasjoner og hvordan man samarbeider og tenker på den andre ...» (s. 2003). Sykehussykepleierne i Petersen et al. (2018) uttrykte at de visste god informasjonsoverføring var viktig i utskrivelsesplanleggingen, men forfatterne fremhever at de «manglet innsikt i hjemmesykepleiernes spesifikke informasjonsbehov» (s.513).

Sykehussykepleiernes beskrivelse av pasientens pleiebehov stemte, ifølge Brattheim et al. (2016), ikke alltid overens med hjemmesykepleiernes vurdering av pleiebehovet. Petersen et al. (2019) fant at sykehussykepleierne uttrykte bekymring og manglende tillit til hjemmesykepleiernes evne til å ta vare på pasienten etter utskrivelse og hjemmesykepleierne uttrykte at sykehussykepleierne ofte undervurderte pasientenes funksjonsnivå.

«Det er fordi vi [hjemmesykepleierne] må vite pasientens pleiebehov. Og når sykehuset har en sykehusseng, en heis, og to portører til å hjelpe med å flytte pasienten, og

sykehussykepleierne ikke tar pasientens behov for hjelp i hjemmet med i beregningen, da går ting galt.» (Petersen et al., 2019, s. 2002)

Hjemmesykepleierne mente sykehussykepleierne hadde et mer medisinsk perspektiv mens de selv hadde en mer kontekstuell forståelse og fokuserte mer på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon (Tønnesen et al., 2016). Forfatterne observerte at «Grunnleggende sykepleie var en integrert del av sykehussykepleiernes jobb, men ikke alle visste at det samme ikke gjaldt hjemmesykepleierne» (Petersen et.al, 2019, s. 2002). Både hjemmesykepleiere og sykehussykepleiere så på seg selv som utøveren av helhetlig pleie, og mente den andre kun tok seg av visse aspekter av pleien (Petersen et al., 2019).

Hjemmesykepleierne i Johansen & Ervik (2022) og Petersen et al. (2019) ga uttrykk for å være åpne for tettere samarbeid for å forstå den andre bedre. En informant i Johansen & Ervik (2022) som ønsket seg flere samarbeidsmøter begrunnet det slik: «Hvis man er enige om hva som skal gjøres og så videre, kan man ofte gi bedre pleie. Vi vet om hverandre sine mål og hva vi tenker og så videre» (2016, s.5). Petersen et al. (2019) fant at selv om sykepleierne i begge sektorer hadde et felles mål om en trygg pasientovergang, var arbeidsmåten deres sterkt påvirket av ulik kultur og arbeidsmåte. «Kanskje noen [sykehussykepleiere] burde besøke oss for å se hvordan det er .... For å få en forståelse for hverandres verdener.» (Petersen et al., 2019, s. 2004).

### 4.3 Fordeler og ulemper ved elektronisk meldingsutveksling

#### 4.3.1 Effektivt og tidsbesparende verktøy

De fleste sykepleierne i artiklene måtte forholde seg til et elektronisk meldingsutvekslingssystem ved utskrivelse av pasienter som skulle motta videre pleie i hjemmet. Deltakerne i studiene trakk fram positive sider ved e-meldingssystemet som verktøy for kommunikasjon av informasjon. Brattheim et al., 2016 fant i sin undersøkelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av elektronisk meldingsutveksling at de var fornøyde med e-meldingstjenesten, og at den bidro til tettere samhandling mellom sektorene og begrepet «tidsbesparelse» gikk igjen. Deltakerne i Petersen et al. (2018) sin undersøkelse av sykepleiernes erfaringer med e-meldinger i Danmark uttrykte samme erfaringer; «Sykehussykepleierne fant at e-meldingssystemet var effektivt, fleksibelt og tidsbesparende ... [og] hjalp hjemmesykepleiere i planlegging av pleien» (s.514).

Hjemmesykepleiernes arbeid ble, i mindre grad enn før, forstyrret av telefonsamtaler gjennom dagen da e-meldingssystemet erstattet en del telefonsamtaler og møter (Johansen & Ervik, 2022). Brattheim et al. (2016) påpekte at for hjemmesykepleierne som ikke mottok legemiddelliste elektronisk representerte papirversjonen en ekstra utfordring da de selv måtte bekrefte legemidler med fastlegen og føre de inn manuelt i journal. Slike utsagn ble ikke funnet hos deltakerne som mottok elektronisk legemiddelliste (Brattheim et al., 2016).

#### 4.3.2 Oppfordrer ikke til dialog

Sykepleierne tok i bruk e-meldingssystemet aktivt i utskrivelsesprosessen, men e-meldinger ble «primært brukt til å sende informasjon fra sykehus til hjemmetjenesten i form av pleieplaner og utskrivelsesrapporter» (Petersen et al., 2018). Johansen & Ervik (2022) fant at e-meldingene fungerte til å stille korte spørsmål og utveksling av små biter informasjon. I Petersen et al. (2018) opplevde hverken sykepleierne i sykehus eller hjemmesykepleie at e-meldingssystemet oppmuntret til dialog. Deltakerne i både Brattheim et al. (2016) og Petersen et al. (2018) uttrykte behov for å få bekreftet at kommunen hadde mottatt sendte e-meldinger. De fleste e-meldingssystemene hadde muligheter for dialogmeldinger, men sykepleierne opplevde likevel e-meldingssystemet som en enveis kommunikasjon fra sykehuset ut til hjemmetjenesten (Petersen et al., 2018).

Johansen & Ervik (2022) fant at sykepleierne mente det var viktig å snakke sammen om planen for pleien, og at e-meldinger aldri kunne erstatte personlig kontakt. Hjemmesykepleierne i Petersen et al. (2019) uttrykte et behov for mer direkte samarbeid med sykehuset; «Når man møtes ansikt til ansikt, snakker man annerledes.» (Petersen et al., 2019, s. 2004). I Johansen & Ervik (2022) uttrykte flere deltakere at de hadde satt pris på en telefonsamtale fra sykehuset før utskrivelse for å kunne planlegge pleien etter utskrivelse. Deltakerne i Johansen & Ervik (2022) uttrykte at å «snakke sammen» var den mest gunstige måten å samarbeide på både på lokalt og regionalt nivå. De dro frem at såkalte ad-hoc samtaler og planlagte møter muliggjorde det å «snakke sammen» og mangel på planlagte møter og manglende kunnskap om hverandres arbeid vanskeliggjorde godt samarbeid. I samme studie legger hjemmesykepleierne vekt på at å møtes fysisk skaper en dialog og et samarbeid som ikke kan oppnås via skriftlig kommunikasjon; «...

du får mer ut av det enn å sende en e-post .... Fordi det kommer aldri til å være det samme» (Johansen & Ervik, 2022, s.5).

#### 4.3.3 Ofte behov for supplerende informasjon

Ved manglende opplysninger tok kommunen kontakt med sykehuset via dialogmeldinger i Brattheim et al. (2016). I tilfeller der hjemmesykepleierne mente den tilsendte informasjonen ikke var tilfredsstillende oppsøkte de mer direkte kontakt med sykehuset, i de fleste tilfeller telefonkontakt. Petersen et al. (2018) fant at mens e-meldingssystemet betydelig reduserte sykehussykepleierne sitt behov for å ringe til hjemmesykepleien med informasjon, uttrykte hjemmesykepleierne i samme studie at de ringte sykehuset for supplerende informasjon oftere enn før innførelsen av e-meldingssystemet. «Det er jo noen opplysninger som mangler – det er derfor vi ringer .... komme litt under huden når det bare er noen få ord som er skrevet ned» (Brattheim et al., 2016, s. 29). Sykehussykepleierne i Brattheim et al. (2016) uttrykte at selve utformingen av utskrivningsrapporten var litt «krøkkete» og følte det var dobbeltføring siden den var nesten identisk med tidligere sendte helseopplysninger. Sykehussykepleierne opplevde at det var tydelige individuelle forskjeller på hvordan e-meldinger ble utfylt og stor variasjon i innhold og grad av detaljer på meldingene som ble oversendt kommunen (Brattheim et al., 2016). De bemerket her at noen fulgte pasientens pleieplan, mens andre bare skrev et par setninger (Brattheim et al., 2016). Petersen et al. (2018) fant at informasjonen i e-meldingssystemet dreide seg for det meste om generell pleie og at det var begrenset plass til spesialiserte instruksjoner slik som sårpleie og medisinadministrasjon. Sykehussykepleierne hadde ikke mulighet til å lime inn pleieplaner fra sitt interne journalsystem (Petersen et al., 2018).

## 5.0 Diskusjon

Diskusjonen består av to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjonen inkluderer diskusjon av problemformuleringen og metoden, samt kritisk diskusjon av artiklene brukt i oppgaven. I resultatdiskusjonen diskuteres funn fra artiklene opp imot teori og egne refleksjoner.

### 5.1 Metodediskusjon

#### *Problemformuleringen*

Problemformuleringen i denne oppgaven er avgrenset til informasjonen som sykehuset sender kommunen under utskrivelse. Dette førte sannsynligvis til at hjemmesykepleiernes oppfatning av informasjonen havnet i sentrum og sykehussykepleiernes perspektiv havnet mer i bakgrunnen. Flere av studiene tok også for seg informasjonen sendt fra hjemmesykepleien til sykehuset ved innleggelse. Fra dette perspektivet kan innblikk i hvordan sykehussykepleierne opplevde informasjonsutvekslingen ha ført til et mer balansert datagrunnlag. På grunn av dynamikken der sykehussykepleierne er primært avsender og hjemmesykepleier er mottaker vil hjemmesykepleiernes bedømmelse av informasjonen veie tyngst. Problemstillingen stiller ikke spørsmålet eksplisitt til hjemmesykepleierne, men deres opplevelse vil på grunn av situasjonens natur være mest fremtredende. Man kunne begrenset spørsmålet ytterligere med å spesifisere hjemmesykepleiernes opplevelser, men på bekostning av sykehussykepleiernes begrunnelser for sine valg i informasjonsoverføringen.

#### *Søket*

I etterkant av litteratursøket sees det at avgrensningen på artikler publisert etter 2012 burde vært avgrenset ytterligere. Tanken var at dette ga innblikk i forholdsvis ny litteratur utenfor Norge og innenfor Norge ser man artikler fra etter Samhandlingsreformen ble innført. Det ble ikke tatt med i beregningen at artiklenes alder ikke alltid samsvarer med når forskningsdata ble innhentet, og flere artikler i søket hadde data innhentet før 2012. Artikler med data innhentet før 2012 var i internasjonal sammenheng noe eldre enn foretrukket, og i Norge betød dette data innhentet før Samhandlingsreformens innføring. Det ville ikke være relevant for dagens organisering av den norske helsetjenesten å ta i bruk data fra før Samhandlingsreformen. Dette førte til en sekundær utlukning av artikler dette gjaldt, som førte til en noe mindre effektiv søkeprosess. Det ble ikke

utført nye søk med ny avgrensing på publiseringsdato da det ble gjort funn av flere aktuelle artikler før ovennevnte problem presenterte seg. Nye søk ble vurdert til å bli like tidkrevende som å manuelt luke ut artikler med for gamle data.

Den svenske databasen Swemed+ er ikke oppdatert etter 2018, men den anses fortsatt som en aktuell database for oppgaven da den fortsatt inneholder forskning som oppfyller kriteriene for søket. Databasen inneholdt altså ikke forskning publisert etter 2018, og det ble tatt høyde for dette i søket. På grunn av det relativt korte tidsrommet kriteriene åpnet for (fra 2012 til 2018), var resultatene relevante, men relativt få sammenlignet med andre databaser. Siden databasen Swemed+ var svensk ble det, grunnet språkernes relative likhet, tatt i bruk norske søkeord. Artiklernes sammendrag finnes vanligvis også på engelsk, så engelske søkeord kunne blitt tatt i bruk til fordel for norske, men det er uklart om dette hadde gitt flere eller bedre treff.

De to danske artiklens felles datagrunnlag er en mulig hindring for datamangfoldet i oppgaven. Hensikten med artiklene belyser imidlertid ulike aspekter ved samhandlingen da én utforsker sykepleiernes erfaringer knyttet til e-meldingssystem og den andre utforsker sykepleieres samarbeid på tvers av sektorer relatert til overføring av eldre pasienter. Hensikten med kvalitativ metode er økt forståelse av et fenomen (Friberg, 2017). Grunnet den kvalitative forskningsmetodens hensikt samt inkludering av flere andre studier, anses datamangfoldet varetatt.

### *Artiklene*

I de to danske artiklene, Petersen et al. (2018) og Petersen et al. (2019) kan det argumenteres for at forfatterne har analysert og tolket stoffet en del i presentasjon av funnene sine. Sammenlignet med de andre artiklene som tas i bruk i oppgaven sees det i større grad en tolkning av resultatene her. Disse to artiklene skiller seg fra de andre i oppgaven ved at de inkluderer deltakende observasjon i datainnsamlingen. Deltakende observasjon vil i nedtegningen av observasjonene inneha en viss grad av tolkning fra forskeren. Det kom ikke alltid klart frem i artiklene hva som stammet fra intervju og hva som stammet fra observasjoner. For å validere temaene i funnene inviterte forskerne deltakerne til en presentasjon av funnene, og styrket dermed funnernes

troverdighet. Tønnesen et al. (2016) hadde et relativt smalt datagrunnlag sammenlignet med de andre artiklene; kun syv sykepleiere. I motsetning til de andre artiklene ble det her gjennomført individuelle intervju. Individuelle intervju vil gi en dyp forståelse av den enkeltes opplevelse av et fenomen, men skaper antropologisk et smalt datagrunnlag. Et slikt dypt, smalt datagrunnlag kan være et godt supplement til de større og bredere datagrunnlagene som tas i bruk i oppgaven. Tønnesen et al. (2016) og Brattheim et al. (2016) hadde innhentet data i 2014, to år etter innføringen av Samhandlingsreformen. Begge artiklene hadde til hensikt å utforske på ulike aspekter ved samhandlingen i kjølvannet av Samhandlingsreformen og dette kan ha ført med seg en ekstra kritisk holdning til den nye organiseringen av helsetjenesten. I oppgavens sammenheng er dette nyttig, men kan ha skapt et litt foreldet inntrykk av sykepleiernes opplevelser i dag, ti år etter innføringen av Samhandlingsreformen.

### *Analysen*

Fem ulike forskningsartikler gir et relativt bredt datagrunnlag for analysen. Utarbeidelsen av kategoriene i analysen tok høyde for bredden på funnene og ble strukturert med formålet om å lage kategorier som ivaretar funnenes integritet samtidig som de tas delvis ut av studiens kontekst for å belyse problemstillingen.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Det var på forhånd forventet at sykepleierne på sykehuset hadde innsikt i hjemmesykepleiernes informasjonsbehov, men dette så ikke ut til å stemme. utfordringene som sees i informasjonsoverføringen fra sykehus til hjemmesykepleien er sammensatte. Ulike mål for pleien så ut til å skape utfordringer for informasjonsoverføringen. Videre diskuteres hvordan sykepleiernes arbeidsmåte og kunnskap om hverandre påvirket kommunikasjonen. Tillit, eller mangel på tillit ble et tema som en konsekvens av utfordrende samhandling. Det diskuteres om kommunikasjonsteknologi og sykepleiernes organisatoriske forutsetninger påvirket informasjonsoverføring.



### 5.2.1 Ulike mål med pleien påvirker dokumentasjonen

Det kan tenkes at ulik forståelse av pasientens behov mellom hjemmesykepleiere og sykepleiere på sykehus, som sett i Petersen et al. (2019) kan skape ulik oppfatning av hvilke mål som er realistiske for pasienten og dermed påvirke informasjonsoverføringen. I Johansen & Ervik (2022) uttrykte en deltaker at å vite om hverandre sine mål og hvordan den andre tenkte kunne bidra til bedre pleie. Man kan argumentere for at sykepleierne i hjemmesykepleien og i sykehus arbeider under ulike forutsetninger og med ulike overordnede mål med pleien. Ulik målforståelse vil, i følge Schibeavaag et al. (2018), påvirke kommunikasjonen på grunn av ulik vektlegging i pasientovergangene. Selv om sykepleierne ga uttrykk for like mål om trygge pasientoverganger (Petersen et al., 2019) kan det tenkes at sykepleiernes faglige mål for den individuelle pasienten ikke stemte overens og at dette da påvirket hvilken informasjon som ble vektlagt ved pasientovergang fra sykehus til hjemmesykepleie. På den annen side har sykepleiedokumentasjonen som hensikt å tydeliggjøre sykepleiernes handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleien, uansett mål for pleien (Dahl & Skaug, 2012). Ifølge Dahl & Skaug (2012) er dermed god sykepleiefaglig dokumentasjon utfyllende nok til at sykepleie kan utøves uansett målsetting. På den annen side, om dokumentasjonen skal være så utfyllende at den kan benyttes uansett målsetting, vil det for pleiere som er orientert rundt spesifikke mål være mye unødvendig informasjon. Ifølge pasientjournalforskriften (2019, §4) skal opplysningene i journalen være relevante og nødvendige. Mye unødvendig informasjon kan være et hinder for å forstå målene sykehussykepleierne har arbeidet ut ifra så langt og gjøre det vanskelig for hjemmesykepleierne å sørge for kontinuitet i pleien etter utskrivelse fra sykehuset. Det er mulig at informasjonsoverføringen hadde dratt fordel av om sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehusene hadde en mer omforent målsetting med pleien.

### 5.2.2 Ulik arbeidsmåte som faktor i informasjonsutvekslingen

Samarbeid krever at man har noe kjennskap til sin samarbeidspartner og en felles forståelse for målet med samarbeidet. Rollebevissthet, kontekst og kommunikasjon er dimensjoner man i samhandlingen bør være bevisst på (Torgersen & Steiro, sitert i Schibeavaag et al., 2018). Den manglende kunnskapen kan i seg selv føre til en falsk følelse av sikkerhet. Om det ikke finnes en dialog der begge sider kan effektivt uttrykke sine vurderinger og behov vil partene måtte støtte seg på sin egenutviklede oppfatning av den andre, som kan være basert på for lite kunnskap til å

begynne med. Det kan argumenteres for, slik Petersen et al. (2019) fant, at sykehusykepleierne mangler innsikt i arbeidet til hjemmesykepleierne og at dette påvirker informasjonsoverføringen. Sykehusykepleierne og hjemmesykepleierne jobber på ulike måter og på ulike arenaer i helsetjenesten. Av dette kommer det naturlig at informasjonsbehovet også er forskjellig mellom de to sektorene. Sykehusykepleierne møter pasientene ofte i en akutt sykdomsfase. Akutt sykdomsfase kan kortvarig føre med seg betydelige endringer i funksjonsnivå, der man ikke vet sikkert hvilket funksjonsnivå pasienten vil ha i etterkant. Fokuset under en akutt sykehusinnleggelse vil ligge på å behandle det aktuelle problemet, og ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykehusykepleiere jobber også oftest på spesialiserte avdelinger som er så spesialiserte at det direkte påvirker hva sykepleieren må observere og vurdere (Kristoffersen, 2012a). Hjemmesykepleie utøves hos pasienter med flere ulike problemstillinger; i fra noen som trenger hjelp til sårstell etter et kirurgisk inngrep i en kort periode, til hjelp til å leve med sykdom i livets siste fase (Fermann & Næss, 2014). Med tanke på praktisk bistand og pleie er et sykehus helt annerledes utstyrt enn hjemmet til en pasient, og det går galt når denne forskjellen ikke blir tatt hensyn til i planleggingen av pleie i hjemmet (Petersen et al., 2018). Hva som er relevant og nødvendig informasjon, vil dermed variere etter pasientenes individuelle behov og hvor pasienten er i sykdomsforløpet og hvor pasienten befinner seg fysisk. Man kan si at pasienten sykehusykepleieren møter er en annen enn pasienten hjemmesykepleieren møter. Sykepleiefaglig kunnskap i seg selv er dermed ikke nok til å sikre at riktige opplysninger overføres til hjemmesykepleien, og sykehusykepleierne trenger mer spesifikk kunnskap om hjemmesykepleiernes arbeid.

Er det rimelig å forvente at sykehusykepleieren vet hvilke behov pasienten vil ha ved hjemreise, og kunne dokumentere dette behovet på en god måte til hjemmesykepleieren? Her finner man to hinder for god informasjonsoverføring preget av kvalitet; begrenset kunnskap om den andres arbeid og uforutsigbart fremtidig pleiebehov. Det kan diskuteres om det er et realistisk mål at sykehusykepleiere skal kunne forutse hvordan pleien i pasientens hjem skal arte seg. Man kan spørre om det er rimelig å skulle kreve at sykepleiere har gjennomgående innsikt arbeidet til sykepleiere i andre sektorer, og om ikke en mer grunnleggende kunnskap om den andre er tilstrekkelig. Organisatorisk kompetanse kan gi sykepleieren økt forståelse for verdikonflikter i

større perspektiv (Kristoffersen, 2012a), kanskje også i skjæringspunktet mellom sykehus og hjemmesykepleie. Det kan tenkes at organisatorisk kompetanse hos sykepleiere vil omfatte ikke bare egen arbeidsplass, men delene av helsesektoren sykepleieren finner seg i samarbeid med. I funn gjort i artiklene hadde sykepleierne kunnskap om informasjonsoverføring, men i alle fall sykehussykepleierne manglet innsikt i hvilke konsekvenser informasjonsoverføringen hadde for hjemmesykepleierne.

I Petersen et al. (2018) nedprioriterte sykehussykepleierne å skrive informasjon til hjemmesykepleien til fordel for pasientbehandlingen. Kari Martinsens omsorgsfilosofi beskriver den praktiske omsorgen som hjelp til det dagligdagse og tar i bruk enkle hjelpemidler (Kristoffersen, 2012b). Både hjemmesykepleiere og sykehussykepleiere utøver omsorg på dette praktiske planet. Kari Martinsens overordnede holdning i den praktiske dimensjonen av omsorg kan tilpasses til planleggingen og dokumentasjonen rundt planlegging av utskrivelse fra sykehus. Sykepleieren bruker her sitt faglige skjønn og praktiske erfaringer samt medmenneskelighet til å forstå pasientens omsorgsbehov og beskrive dette i eksempelvis et utskrivningsnotat. Sykehussykepleierens prioritering av direkte pasientpleie på grunn av tidspress kan fra et kortsiktig perspektiv forstås som den eneste riktige prioriteringen. På den annen side og i et mer langsiktig perspektiv kan forsømmelse av utskrivelsesnotater og helseopplysninger bety at den samme pasientnære pleien blir utfordrende for hjemmesykepleierne å gjennomføre. Det ligger omsorg i å dokumentere godt og sørge for god informasjonsoverføring, slik at pasienten opplever en sammenhengende pleie der dens individuelle situasjon blir kontinuerlig tatt hensyn til.

### 5.2.3 Tillit, eller mangel på tillit

Samhandlingen krever tillit, involvering og bransjekunnskap (Torgersen & Steiro, sitert i Schibeavaag et al., 2018). Sykepleiernes manglende tillit til hverandre i samhandlingen kan ha kommet av manglende kunnskap om hverandre. Petersen et al. (2019) fant at manglende tillit og kunnskap om den andre skapte problemer og bekymring i samhandlingen. Et argument for dette er at sykepleierne i begge sektorene så på seg selv som utøverne av helhetlig pleie. Sykepleierne i begge sektorene så på seg selv som utøverne av helhetlig pleie, og den andre som mer spesialisert i pleien (Petersen et al. 2019). De kan derfor ha sett den andres pleie som

«manglende» eller ikke helhetlig, og latt dette påvirke tilliten de hadde til den andres kompetanse. Sykehussykepleiernes manglende tillit til hjemmesykepleiernes kompetanse (Petersen et al., 2018) kan ha ført til overføring av unødvendig mye informasjon til hjemmesykepleieren, i et forsøk på å sikre pleiekontinuiteten. På den annen side hadde hjemmesykepleierne lite tillit til informasjonen på grunn av at den erfaringsmessig var mangelfull fra sykehusets side (Tønnesen et al., 2016). Det kan ser ut til at tilliten mellom hjemmesykepleiere og sykepleiere i sykehus blant annet er avhengig av tilstrekkelig og relevant informasjonsoverføring. Manglende kunnskap om hverandre kan se ut til å føre til utilfredsstillende informasjonsutveksling, som igjen påvirker tillitten sykehussykepleierne har til hjemmesykepleierne og vis versa.

#### 5.2.4 Kommunikasjonsteknologiens plass i informasjonsutveksling

Det kan hevdes at dagens elektroniske kommunikasjonssystem ikke tilfredsstillende sykepleiernes behov for informasjonsutveksling i pasientoverganger mellom sykehus og hjemmesykepleie. Ett av målene i Samhandlingsreformen er at all kommunikasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk (st.meld. nr. 47, 2008-2009). Funn fra artiklene viser til at dette målet enda ikke er nådd. Hjemmesykepleierne forteller at telefonkontakt fortsatt er et viktig verktøy i samhandlingen med sykehusene. Johansen & Ervik (2022) og Petersen (2018) fant at sykepleierne ønsket seg et tettere samarbeid med mer dialog og følte at det eksisterende kommunikasjonssystemet ikke la godt nok til rette til slike «her og nå» samtaler. E-meldingssystemene ble omtalt som tidsbesparende og skapte en god oversikt over informasjonen, men sykepleierne i begge sektorer savnet samtidig dialog og var ikke tilfredse med den asynkrone informasjonsutvekslingen e-meldingssystemet innebar. Det kom fram av funnene i artiklene at hjemmesykepleierne ringte sykehuset fordi den skriftlig oversendte dokumentasjonen var mangelfull. Det kan tenkes at dialogen telefonsamtalen skaper, er effektiv for å forstå sykehussykepleiernes tenkemåte og målsetting bedre. Telefonsamtalen kan, ut over formålet med å innhente mer informasjon, ha skapt en dialog som oppmuntret til forståelse mellom hjemmesykepleier og sykehussykepleier. Det kan konkluderes at elektroniske kommunikasjonssystemet fortsatt ikke er sykepleiernes eneste arena for informasjonsutveksling og at telefonsamtalen fortsatt er et viktig verktøy for dialogen mellom sykehuset og hjemmesykepleierne.

### 5.2.5 Forsvarlighet og dokumentasjon – en plikt

Det kan diskuteres om sykehussykepleiernes informasjonsoverføring, slik den blir beskrevet i studiene, oppfyller forsvarlighetskravet. Jamfør helsepersonelloven §45 (1999) og pasientjournalforskriftens §4 (2019) skal nødvendige og relevante helseopplysninger nedtegnes og gis helsepersonell i den grad det er nødvendig for å utøve forsvarlig helsehjelp. Molven (2019) poengterer at det ikke finnes en mellomting mellom forsvarlighet og uforsvarlighet, enten er det forsvarlig eller ikke forsvarlig. I Petersen et al. (2018) uttrykte en hjemmesykepleier at hun ringte sykehuset fordi pleieplanen deres ikke var god nok og det trengtes mer informasjon for å «gjøre ting riktig». Sykepleieren mente at hun ikke kunne gjøre jobben sin på riktig måte med informasjonen hun hadde blitt tilsendt. Deltakerne i flere av de analyserte studiene oppga at de opplevde å motta utilstrekkelig eller unødvendig informasjon fra sykehuset. Dette understøttes av riksrevisjonens rapport som konstaterer at informasjonen som oversendes til kommunehelsetjenesten ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige pasientforløp samt at foretakene ikke følger opp om ansatte etterlever pålagte krav ved utskrivelse til kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2018). En begrunnelse for dette kan være dårlig planlegging og feil prioritering av sykehussykepleierne. På den annen side har hjemmesykepleierne et ansvar for å innhente nok informasjon for å utøve faglig forsvarlig arbeid. Videre er ikke det spesifikke innholdet i informasjonen regulert i loven på noe annet plan enn at det skal være faglig forsvarlig. Det er opp til sykepleierne å vurdere hva faglig forsvarlighet innebærer (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Det kan da argumenteres for at det finnes en grunnleggende uenighet mellom hjemmesykepleiere og sykehussykepleiere om hva som er faglig forsvarlig informasjonsoverføring. Denne uenigheten kan gjøre at informasjonen som oversendes til hjemmesykepleien inneholder mangler, eller er ellers varierende i kvalitet, slik Brattheim et al. (2016) fant. Om informasjonen oppfyller forsvarlighetskravet må vurderes i hvert enkelt tilfelle og det kan ikke overordnet konkluderes med at informasjonsoverføringen fra sykehussykepleierne til hjemmesykepleien ikke oppfyller forsvarlighetskravet.

I fortsettelsen av forsvarlighetsdiskusjonen burde det fulle ansvaret på den annen side ikke legges på sykehussykepleierne. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (1999) har helseforetakene plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at utøverne av helsehjelp kan overholde sine lovpålagte plikter. Det tillegges altså en del ansvar til institusjonen, og ikke kun det enkelte

helsepersonellet. Helsepersonell kan ikke forventes å utøve forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven §4 om foretaket ikke legger til rette for dette. Sykehussykepleierne arbeider innenfor rammene de gis av foretakets organisering. En sykehussykepleier i Petersen et al. (2018) uttrykte at skriving av opplysninger til hjemmesykepleien ble nedprioritert på grunn av travelhet. Når det står imellom utøvelse av pleie og forordnet behandling for en akutt syk pasient, og å bruke tid på å skrive et godt og utfyllende dokument til hjemmesykepleien, blir sistnevnte nedprioritert (Petersen et al., 2018). Sykepleieren bruker sitt faglige skjønn og foretar vurderinger og prioriteringer innen tidsrammen den blir gitt. Dette kan da føre til at hjemmesykepleierne ikke mottar god nok informasjon og på sin side vurderer at de ikke kan utøve forsvarlig helsehjelp basert på disse opplysningene alene. Det kan tenkes at sykehussykepleiernes prioritering forskyver problemet over til hjemmesykepleierne. Hjemmesykepleierne har på sin side ikke «luksusen» av å forskyve problemet på grunn av tidsmangel og må bruke tid av sin arbeidshverdag på å oppsøke tilstrekkelig informasjon, i stedet for pasientkontakt. Problemet forskyves, og det går til syvende og sist ut over pleien til pasientene. Det kan se ut til at arbeidsrammene helseforetakene gir sykepleierne i noen grad utfordrer sykepleiernes evne til å oppfylle sin plikt til utøvelse av faglig forsvarlig helsehjelp.

## 6.0 Praktisk anvendelse

Hensikten med oppgaven var å få en bedre forståelse av hvilke faktorer sykepleiere opplever at påvirker informasjonsoverføring i samhandlingen, på godt og vondt. Det ble funnet både positive og negative sider ved informasjonsoverføringen. For å anvende dette praktisk vil man forsøke å ta lærdom av det som er vurdert positivt og søke å forbedre områder med mangler. Basert på ny kunnskap kan det utvikles tiltak for å bidra til å sikre god kvalitet i informasjonsoverføringen fra sykehus til hjemmesykepleie. Det fremmes her forslag som, basert på funnene i oppgaven, muligens bidra til å bedre informasjonsoverføringen fra sykehus til hjemmesykepleie ved utskrivelse.

- Helsedirektoratet fortsetter å granske samhandlingen og koordinere forbedringsprosjekter, samt legge frem sine funn til politiske beslutningstakere slik at helsesektorens rammer for utøvelse av helsehjelp står i stil med helsepersonellens forutsetninger for utøvelse av faglig forsvarlig helsehjelp.
- Det foreslås tiltak for å øke kunnskapen sykehussykepleiere og hjemmesykepleiere har om hverandre. Dette kan for eksempel være internundervisning der sykepleiere fra den andre sektoren kommer og underviser om sitt arbeidsområde. Slik undervisning bør også åpne for diskusjon og spørsmål.
- Hospitering i hjemmesykepleien for sykehussykepleiere. Det kan arrangeres målrettede refleksjonsgrupper i sammenheng med hospitering.
- Trening i tverrseksjonelt samarbeid allerede under grunnutdanningen. Det kan i sykepleierutdanningen arrangeres case-baserte prosjekter mellom studenter i praksis i sykehus og i hjemmesykepleien.
- Utarbeidelse av klare retningslinjer for sykehussykepleiere på hvordan e-meldinger skal fylles ut, slik at store variasjoner unngås.

## Referanser

- Alstveit Laugaland, K., & Aase, K. (2018). Sikkerhet i sykehusutskrivelse av eldre. I *Pasientsikkerhet—Teori og praksis* (3.utg., s. 146–158). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brattheim, B., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldings-utveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, *1*(11), s. 26–33.
- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (2.utg, s. 16–60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie—God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 239–264). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3.utg). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hellesø, R., Lorensen, M., & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap—The patients transfer from hospital to home health care. *Journal of medical informatics*, *73*(7–8), s. 569–580. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009>
- Helsedirektoratet (2014). *Samhandlingsstatistikk 2012-13*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2022, 20.september). I trygge hender 24-7. Hentet fra <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Johansen, M.-L., & Ervik, B. (2022). Talking together in rural palliative care: A qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC Health Services Research*, *22*(314), s.1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07713-z>
- Kristoffersen, N. J. (2012a). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (2.utg., s. 281–338). Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Kristoffersen, N. J. (2012b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (2. utg., s. 207–280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. nr. 47. (2008 - 2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet—Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* (4. utg). Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Norsk sykepleierforbund. (2022, 20. oktober). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal*. (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Petersen, H. V., Foged, S., Madsen, A. L., Andersen, O., & Nørholm, V. (2018). Nurses' perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5), s. 509–517. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jonm.12575>
- Petersen, H. V., Foged, S., & Nørholm, V. (2019). “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), s. 1999–2008. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.14805>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie—God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 225–237). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. A. (1995). The well built clinical question: A key to evidence-based decisions. *American College of Physicians*, 123, A-12.
- Riksrevisjonen. (2017-2018). *Dokument 3:2 Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Hentet fra [https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak\\_pasienter\\_-\\_kommunehelsetjeneste.pdf](https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak_pasienter_-_kommunehelsetjeneste.pdf)
- Schibeavaag, L., Alstveit Laugaland, K., & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet—Teori og praksis* (3. utg., s. 133–144). Oslo: Universitetsforlaget.

- Tønnesen, S., Lind Kassah, B. L., & Tingvoll, W.-A. (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten—Sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien Forskning*, *11*(1), s. 14–23. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Tønnesen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, *7*(3), s. 280–285. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>
- Aase, I. (2018). Pasientsikkerhet. I *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)—For bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (s. 61–71). Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
30.08.22	CINAHL	(patient* AND nurse OR doctor OR staff) AND (patient transfer OR patient handoff) AND information	Published after 2012 Peer reviewed	236	5	3	1
30.08.22	Swemed+	Overflytting OG pasient	Peer reviewed	7	2	2	1
14.09.22	CINAHL	(nurse OR nurses) AND (discharge OR handoff) AND ("patient discharge summary" OR information OR communication) AND (nurses experience OR perspective OR view OR attitude)	Published after 2012 Peer reviewed Qualitative – best balance	152	3	2	0
14.09.22	Oria	Sykepleier OG opplevelse* ELLER kommunikasjon ELLER informasjon* OG utskrivelse ELLER pasientovergang ELLER hjemmesykepleie*	Fagfelleurdert, vitenskapelige artikler, engelsk, norsk, utgitt 2011-2022	45	9	5	1
20.09.22	CINAHL	(nurse* OR «district nurse» OR «community nurse») AND (information OR communication) AND ("hospital discharge" OR "transitions of care")	Published after 2012 Peer reviewed Qualitative – best balance	6	6	4	0
20.09.22	CINAHL	(nurse* OR «district nurse» OR «community nurse») AND (information OR communication) AND ("hospital discharge" OR "transitions of care") AND (Norway OR Denmark OR Sweden OR Scandinavia)	Published after 2012 Peer reviewed Qualitative – best balance	51	10	5	2

## Vedlegg 2: Litteratormatrise (2 sider)

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
BeritJ. Brattheim, Ragnhild Hellesø og Line Melby, 2016, Sykepleien forskning, Norge	«Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune»	Å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste	Sykepleier	Kvalitativ studie med intervjuer (individuelle og grupper)	Sykehus: 15 sykepleiere og to sosionomer  Kommune: Tolv sykepleiere i pleien, ti sykepleiere i koordinator eller virksomhetslederrolle, to IT-ansvarlige	Bruk av PLO bidro til tettere samhandling på tvers av sykehus og kommuner.  Sykepleierne tok i bruk supplerende kommunikasjonskanaler for å sikre informasjonskontinuitet.  Forskjeller i faglig tilnærming og manglende informasjon i meldinger.
May-Lill Johansen & Bente Ervik, 2022, BMC Health Services Research, Norge	“Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway”	Utforske hvordan rurale (landlige) helsepersonell opplever lokalt og regional samhandling om pasienter med behov for palliativ pleie	Sykepleier ++	Kvalitativ studie, fokusgruppediskusjon, tverrprofesjonell diskusjon, og individuelle intervju	Tverrprofesjonelt utvalg av helsepersonell derav hjemmesykepleiere, fastleger, kreftsykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter i landlige Nord-Norge.	"snakke sammen" optimalt samarbeid. Enighet om verste scenario; for lite informasjon om ny pasient. Samlokalisering et pluss. Begrenset kunnskap om hverandres roller og ferdigheter.
Siri Tønnesen, Bente Lilljan Lind Kassah & Wivi-Ann Tingvoll, 2016, Sykepleien forskning, Norge	«Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten»	Få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt	Sykepleier	Kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju	7 sykepleiere i hjemmesykepleien.	Samhandlingen rundt pasienter med kreft fungerer godt, men rundt andre pasienter er det mer utfordrende.

		år etter innførelsen av samhandlingsreformen.				<p>Samhandlingen preges av ulike perspektiver på hva som skal vektlegges.</p> <p>Hjemmesykepleierne opplever lite makt og innflytelse i samhandlingen.</p> <p>Usikkerhet på informasjonen som står skrevet i elektronisk system fører til ekstraarbeid og telefoner til sykehuset.</p>
Helle V. Petersen, Signe Foged, Annette L. Madsen, Ove Andersen & Vibeke Nørholm., 2018, Wiley Journal of Clinical Nursing, Danmark	“Nurses perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study”	Å utforske hjemmesykepleiere og sykehussykepleieres erfaringer på hvordan et e-meldingssystem påvirker kommunikasjonen på tvers av sektorene to år etter innføring.	Sykepleier	Kvalitativ studie med semistrukturerte gruppeintervju og deltakende observasjon	Sykepleiere fra et sykehus og seks samarbeidende kommuner.  Sykehus: 27  Kommune: 52	<p>E-meldinger ble brukt men oppmuntret ikke til dialog og bar preg av enveis kommunikasjon.</p> <p>Hjemmesykepleierne stolte ikke på informasjonen skrevet av sykehuset og ringte for mer informasjon.</p> <p>Ulik oppfatning av viktigheten av samhandling.</p>
Helle Vendel Petersen, Signe Foged & Vibeke Nørholm, 2019, Wiley Journal of Clinical Nursing, Danmark	«It is two worlds» cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study”	Å utforske hvordan sykepleiere i sykehus og i hjemmesykepleien snakker om og opplever samarbeid på tvers av sektorer relatert til overgangspleie av eldre pasienter.	Sykepleier	Kvalitativ studie med semistrukturerte gruppeintervju og deltakende observasjon	Sykepleiere fra åtte sykehusavdelinger og seks kommuner.  Sykehus: 27  Kommune: 52	<p>Oppfatningen av sykepleie varierte på tvers av sektorene.</p> <p>Felles mål for pasienten, men grunnet i ulike oppfatninger og verdier.</p> <p>Manglende kunnskap om hverandres arbeidsforhold skapte forutinntatthet som påvirket samhandling negativt.</p>