

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# «Mind the gap»: sykepleieres erfaringer med pasientoverganger fra sykehus til hjem for pasienter med uhelbredelig kreft

**Judy-Christin Sørensen**

Spesialsykepleier og koordinator

Palliativt senter, Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

**Sidse Ellingsen**

Førsteamanuensis, programansvarlig videreutdanning i palliativ sykepleie og førsteamanuensis II Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole og Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettvitenskap, Universitetet i Agder

Sykepleien Forskning 2024;19(97576):e-97576

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.97576](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.97576)

Sammendrag

**Bakgrunn:** Pasienter som lever med uhelbredelig kreftsykdom, har ofte behov for palliativ omsorg både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er en sentral sykepleieoppgave å legge til rette for at pasientene skal oppleve en trygg overføring fra sykehuset til hjemmet. En pasientovergang fra et sted til et annet innebærer at et annet helsepersonell overtar ansvar for omsorgen. Det utgjør en risiko for pasientens sikkerhet med manglende oppfølging.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få utvidet innsikt i erfaringene til sykepleiere som arbeider på sykehus og i hjemmetjenesten med pasientoverganger for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design, der vi gjennomførte to fokusgruppeintervjuer med totalt elleve sykepleiere som var ansatt i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi analyserte de transkriberte fokusgruppeintervjuene ved å bruke systematisk tekstkondensering. Studiens funn er diskutert i lys av Afaf Meleis' overgangsteori: *transition theory*.

**Resultat:** I analysen identifiserte vi to temaer: «Usystematisk planlegging» og «Tause forventninger». Pasientoverganger fremsto som en uforutsigbar prosess preget av tilfeldigheter. Travelhet kjennetegnet arbeidet til sykepleierne fra både sykehus og hjemmetjenesten. Sykepleierne hadde behov for tettere dialog og samhandling. For sykepleierne i hjemmetjenesten var det viktig at forventningene til pasienten og de pårørende var avklart med de som utøvde tjenesten, før utskrivelsen fra sykehuset. Det var også essensielt at nødvendige opplysninger, medikamenter og utstyr var tilgjengelig før overflyttingen til hjemmet.

**Konklusjon:** Studien viser at både sykepleiere på sykehus og i hjemmetjenesten kjenner på et ansvar for pasientovergangene og kompensere for mangler som oppstår når de svikter. Det er behov for å avklare sykepleiernes forventninger til hva som kan utføres i hjemmetjenesten eller på sykehuset, før pasientovergangene. Studien tydeliggjør behovet for en mer systematisk samhandling. Det bør vies mer oppmerksomhet på at pasientens behov kan endres i en annen kontekst.

## Introduksjon

Sykepleieren har en unik rolle og sentral funksjon i å hjelpe pasienten med å håndtere og mestre ulike overganger og forebygge de negative innvirkningene en overgang kan ha på helse og sykdom (1–3). En overgang kan ha negative helsemessige konsekvenser, mens omsorgstiltak kan bedre kvaliteten på overganger og dermed påvirke utfallet (1, 2, 4–8).

Pasientens tilstand, sykepleierrelaterte faktorer og organisatoriske forhold er noen av elementene som påvirker utfallet av overganger for pasienter med kreft (8).

Pasienter som lever med uhelbredelig kreft, er i en vedvarende overgangssituasjon på grunn av progredierende sykdom og kroppslige endringer (9). Progredierende sykdom gjør at disse pasientene kan ha behov for palliativ omsorg, pleie og behandling både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten (10).

De kan risikere å bli overflyttet til ulike steder, og at et nytt helsepersonell overtar ansvaret for behandling, pleie og omsorg (9). For pasienten og de pårørende kan en slik overgang føles utrygg. De har derfor behov for informasjon og praktisk støtte. De trenger også å involveres i planleggingen av en pasientovergang (8, 11–13).

Å sikre kvaliteten i pasientoverganger er en velkjent utfordring som har eksistert over tid (14). Målet har vært sømløse pasientoverganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ulike nasjonale tiltak har vært iverksatt for å sikre kvaliteten på pasientoverganger. Likevel oppstår det fortsatt uønskede hendelser (14, 15).

Innen utgangen av 2023 skulle «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» implementeres i de ulike helsetjenestene. Intensjonen er trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Tiltaket innebærer tre samlingspunkter med samtaler om pasientens livssituasjon ut over kreftbehandlingen. Pasienten skal dessuten følges opp etter at vedkommende er informert om kreftdiagnosen. Den første samtalen utgår fra helseforetaket, mens andre og tredje samtale utgår fra kommunehelsetjenesten (16–18).

Forskning vektlegger viktigheten av samarbeid mellom sykepleiere og annet helsepersonell på ulike nivåer i helsetjenesten (7). Et nært samarbeid mellom sykepleiere, pasienter og pårørende er viktig for å skape tillit og trygghet i hjemmet (19). Når det ikke er gitt tilstrekkelig informasjon om prognose eller behandlingsmål ved sykehuset, er det utfordrende å overta omsorgen for pasienten (20). Ulikt syn på hvilken informasjon som bør vektlegges i informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, kan gi et utfordrende samarbeid (21, 22).

Ved kort tid til planlegging, dialog og samhandling øker faren for uønskede hendelser (19, 21–23). Mangelfull planlegging av utskrivelse gir merarbeid etter utskrivelsen (21, 22, 24). Forskning viser at tiltak kan gjøre pasientsikkerheten bedre, men det betyr ikke nødvendigvis at disse tiltakene også gjør pasienten mer fornøyd (25). Det er behov for mer kunnskap om overgangsomsg til pasienter med kreftsykdom. Det kan gi mer tilfredse pasienter og forhindre reinnleggelses (8).

Overganger beskrives som «en overgang fra en livsfase, tilstand eller status til en annen» (2, s. 25 – vår oversettelse). Sykepleier Afaf Meleis' overgangsteori, *transition theory*, kan gjøre sykepleieren oppmerksom på hva som kan fremme gode pasientoverganger (7). Teoriens hovedformål er å fremme trivsel og mestring ved å identifisere kritiske punkter eller risikoområder i overganger. Dermed kan man unngå uhelse hos den som gjennomgår en overgang, og gi pårørende økt forståelse av hva en overgang innebærer (4).

Meleis beskriver ulike former for overganger, som utviklingsmessige, helsemessige, organisatoriske og situasjonelle (5, 26). Utskrivelse fra sykehus er en hendelse som kan betraktes som en overgangsopplevelse som krever oppmerksomhet fra sykepleieren (1, 26). Med overgangsteorien får klinikere et rammeverk til å beskrive de kritiske behovene til pasienter under innleggelse, utskriving, restitusjon og overføring. Det kan ha implikasjoner for sykepleiepraksisen (5). Vi diskuterer studiens funn i lys av Meleis' overgangsteori.

### ***Hensikten med studien***

Hensikten med studien var å få økt innsikt i sykepleieres erfaringer med pasientoverganger fra sykehus til hjem for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom.

### **Metode**

#### ***Design***

Studien har et utforskende kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer (27–29).

#### ***Rekruttering og utvalg***

Vi foretok et strategisk utvalg (28) av sykepleiere som hadde erfaring med utskrivelse og mottakelse av pasienter med uhelbredelig kreftsykdom.

Deltakerne ble rekruttert fra fire sengeposter ved ett stort sykehus i Norge og tre tilhørende kommuner til det aktuelle helseforetaket. Ledere og kreftkoordinatorer ble ekskludert.

Lederne ved sengepostene og de ulike kommunale hjemmetjenestene ble førsteforfatterens kontaktpersoner som videreformidlet informasjon om studien til sine ansatte. De som ønsket å delta, tok kontakt med førsteforfatteren på e-post eller SMS. Det var utfordrende å rekruttere et tilstrekkelig antall deltakere fra spesialisthelsetjenesten. Derfor benyttet vi også snøballrekruttering (27), der sykepleiere i førsteforfatterens omgangskrets fortalte om studien til sin bekjentskapskrets, som igjen spredte ordet videre.

De som ønsket å delta, tok direkte kontakt med førsteforfatteren via e-post eller SMS og fikk deretter tilsendt skriftlig informasjon om studien via e-post. Vi rekrutterte to informanter på denne måten.

Totalt 15 sykepleiere takket ja til å delta. Av disse valgte to å trekke seg; en trakk seg da førsteforfatteren tok kontakt for å planlegge dato for fokusgruppeintervjuet, og den andre trakk seg dagen før fokusgruppeintervjuet. Ytterligere to deltakere kunne ikke stille til intervju fordi ingen av de alternative datoene for intervju passet for dem. Alt i alt stilte elleve sykepleiere til de to fokusgruppeintervjuene (tabell 1). De var mellom 24 og 52 år gamle, med median alder på 42 år. Arbeidserfaringen varierte fra 6 måneder til 26 år.

**Tabell 1.** Deltakernes karakteristika

| Deltaker | Kjønn  | Arbeidssted     | Utdanning       |
|----------|--------|-----------------|-----------------|
| 1        | Kvinne | Hjemmetjenesten | Bachelor        |
| 2        | Kvinne | Hjemmetjenesten | Videreutdanning |
| 3        | Mann   | Hjemmetjenesten | Bachelor        |
| 4        | Kvinne | Hjemmetjenesten | Bachelor        |
| 5        | Kvinne | Hjemmetjenesten | Videreutdanning |
| 6        | Mann   | Hjemmetjenesten | Bachelor        |
| 7        | Kvinne | Sykehus         | Master          |
| 8        | Kvinne | Sykehus         | Videreutdanning |
| 9        | Kvinne | Sykehus         | Videreutdanning |
| 10       | Kvinne | Sykehus         | Bachelor        |
| 11       | Kvinne | Sykehus         | Bachelor        |

### ***Datainnsamling***

Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide med tre emner (28, 29): «Risikofaktorer ved pasientoverganger», «Sykepleierens rolle og ansvar» og «Trygg utskrivelse». Hvert emne hadde tilhørende spørsmål. Vi gjennomførte et pilotfokusgruppeintervju med fire sykepleiere fra førsteforfatterens arbeidsplass for å trene på å gjennomføre et intervju og se om spørsmålene i intervjuguiden belyste temaet godt nok. Ingen endringer ble gjort i intervjuguiden.

Videre gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer – det første med seks deltakere fra hjemmetjenesten, og det andre med fem deltakere fra sykehus.

Pilotfokusgruppeintervjuet og de to fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren og en medmoderator (28) på et møterom lokalisert på et sykehus.

Fokusgruppeintervjuene varte i henholdsvis 59 og 65 minutter. Emnene i intervjuguiden ble presentert likt i alle fokusgruppeintervjuene. De ferdig formulerte spørsmålene ble lite brukt fordi informantene i stor grad holdt seg til de ulike temaene i intervjuguiden når de snakket sammen. Avslutningsvis fikk alle det siste hjelpespørsmålet i intervjuguiden: «Til slutt, er det noe annet dere mener er viktig som ikke er blitt nevnt i dette intervjuet?»

På slutten av intervjuene oppsummerte medmoderatoren essensen i det som ble diskutert, der informantene kunne gi tilbakemelding. Fokusgruppeintervjuene ble innspilt med digital lydopptaker og transkribert av førsteforfatteren. Tabell 2 viser intervjuguiden.

**Tabell 2.** Intervjuguide med temaer

|   |   |
|---|---|
|  | <b>Risikofaktorer ved pasientoverganger</b>   |
|   | 1. Hvordan er det å motta / skrive ut alvorlig syke pasienter som trenger videre omsorg/støtte/oppfølging?          |
|   | 2. Hvilke utfordringer har du møtt i ditt arbeide med å motta / skrive ut alvorlig syke pasienter?                  |
|   | 3. Er det noen spesielle forhold ved pasient/hjemmesituasjon / pårørende som gjør deg bekymret?                     |
|   | 4. Har dere noen eksempler?   |
|   | <b>Sykepleierens rolle og ansvar</b>  |
|   | 1. Kan dere beskrive hvilke praktiske tiltak som gjøres ved forberedelse av utskrivelse/mottak av disse pasientene? |
|   | 2. Er det tydelig hvem som har ansvaret for hva ved overføring?   |
|   | 3. Har dere noen eksempler?   |
|   | <b>Trygg utskrivelse</b>  |
|   | 1. Hva legger dere i trygg utskrivelse?   |
|   | 2. Hva skal til for at det er en trygg utskrivelse?   |
|   | 3. Har dere noen eksempler på trygg utskrivelse?  |
|   | 4. Har dere noen eksempler på det motsatte, utrygg utskrivelse?   |
|   | <i>Til slutt, er det noe annet dere mener er viktig som ikke er blitt nevnt i dette intervjuet?</i>                 |

## **Analyse**

Intervjuene ble analysert etter systematisk tekstkondensering – en tematisk tverrgående analyse i fire trinn (28). Vi benyttet fargekoding med markeringstusj på papir, der de meningsbærende enhetene ble klippet ut og sortert.

Trinn 1 besto av å danne seg et helhetsinntrykk. Først ble de transkriberte intervjuene lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av hele datamaterialet. I tillegg ble totalt åtte foreløpige temaer identifisert.

I trinn 2 identifiserte vi meningsbærende enheter. Materialet ble deretter systematisk gjennomgått for å sortere det som var relevant for problemstillingen, fra det som ikke var relevant. De delene som ikke ble funnet relevante, la vi foreløpig til side. I denne prosessen ble de foreløpige temaene redusert fra åtte til fire kodegrupper.

I trinn 3 abstraherte vi innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene ble bearbeidet og sortert i undergrupper ut fra nyansene som viste seg. Vi sammenfattet den sorterte informasjonen ved å lage et kondensat som representerte innholdet i undergruppe med tilhørende direkte sitat, også kalt *gullsitat*.

I trinn 4 sammenfattet vi betydningen av innholdet. Til slutt utformet vi en analytisk tekst til hver undergruppe, og gullsitatene ble vurdert om de fortsatt var illustrerende for den analytiske teksten. I analyseprosessen vurderte vi hele tiden titlene på kodegruppen og undergruppene, som vi spisset ytterligere for å favne innholdet (28). Tabell 3 viser et eksempel på analysetrinnene i ett tema.

**Tabell 3.** Eksempel på analysetrinnene for et av temaene

| <b>Trinn 1</b>                 | <b>Trinn 2</b>  | <b>Trinn 3</b>  | <b>Trinn 4</b>                            |
|--------------------------------|---|---|---|
| <b>Å få et helhetsinntrykk</b> | <b>Å identifisere meningsbærende enheter</b>  | <b>Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene</b>  | <b>Å sammenfatte betydningen av dette</b> |
| Uforutsigbarhet og merarbeid   | <p>«Jeg tror sånn generelt bør sykehuset få mer kunnskap om hva vi i kommunen kan bidra med. Fordi det skapes forventninger til pasienten om at dette ordner hjemmetjenesten, og dette ordner hjemmetjenesten, uten å vite hva vi har myndighet til å gjøre i forhold til tjenestene pasienten er tildelt.»</p> <p>«Når forventninger til oss som hjemmetjeneste er avklart, altså 'hva er det vi kan bistå med, og hva er det vi ikke kan' – at vi ikke blir som poteten at vi på en måte skal gjøre alt. Så blir det en skuffelse for pasienten når vi kanskje ikke kan utføre absolutt alt.»</p> | På sykehuset skapes det forventninger til pasienten og de pårørende om hvilke oppgaver hjemmetjenesten kan utføre, uten at det er avklart med hjemmetjenesten på forhånd. | Tause forventninger                       |

### **Etiske overveielser**

Studien ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, referansenummer 146020. Det var frivillig å delta i studien, og vi hentet inn skriftlig informert samtykke. Deltakerne fra snøballrekrutteringen fikk informasjon og samtykkeskjema på e-post. De resterende deltakerne fikk den fra sin nærmeste leder. Skriftlig samtykke ble sendt i posten til førsteforfatteren. Vi håndterte alle opplysningene og datamaterialet i tråd med forskningsetiske retningslinjer (30).

Lydfilene ble slettet etter transkribering, og det transkriberte materialet inneholdt ingen personidentifiserende data. Førsteforfatteren har tilknytning til konteksten studien er gjort i, med sin arbeidsplass. Tre av informantene hadde kjennskap til førsteforfatteren via hennes stilling som koordinator i Regionalt palliativt senter, men det var ingen personlige relasjoner. Informantene som valgte å trekke seg, hadde ingen kjennskap eller relasjon til førsteforfatteren.

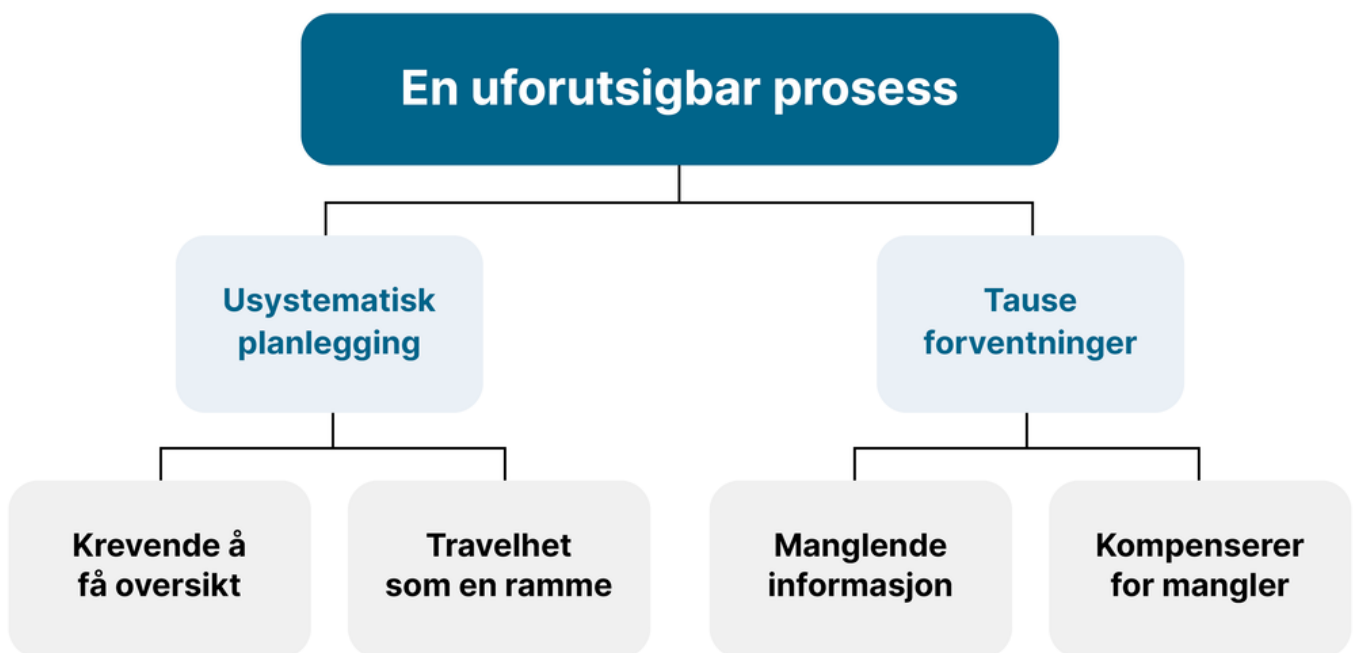


## Resultater

Da hele prosessen med å tilrettelegge for og gjennomføre pasientoverganger var preget av tilfeldigheter, ble «En uforutsigbar prosess» det overordnede temaet i studien. Både sykepleierne på sykehus og i hjemmetjenesten opplevde det som uforutsigbart om nødvendige hjelpemidler kom til å være på plass i hjemmet, om epikrisen ville være klar når pasienten ble utskrevet fra sykehuset, om resepter på ordinerte medikamenter hadde blitt skrevet ut.

Gjennom analysen kom vi frem til følgende to hovedkategorier: «Usystematisk planlegging» og «Tause forventninger», som hver fikk to undergrupper (figur 1).

**Figur 1.** Studiens resultat kategorier



### *Usystematisk planlegging*

Det varierte hvordan arbeidet i planleggingen av en pasientovergang ble utført og dokumentert. På de ulike sengepostene på sykehuset var det ulike rutiner for hvordan planlegging av og fremdrift i en pasientovergang ble dokumentert i pasientens journal. Det ble ekstra utfordrende når fremdriften ikke ble dokumentert systematisk. Det kunne være tidkrevende å lese gjennom flere journaldokumenter for å finne riktig informasjon. Selv om det var klare rutiner for hvordan dette arbeidet skulle gjøres, ble ikke rutinene alltid fulgt:

«Vi har en plan for utskrivelse, men jeg synes den er ganske dårlig. Det er nesten bedre at én person har hovedansvaret, én som er litt mer involvert enn alle andre. [...] Folk glemmer å bruke den [planen for utskrivelse]. Det er ikke alltid den blir oppdatert. Hva er gjort? Hva er ikke gjort? Så blir det bare litt rot til slutt. Og med stor utskifting av personale, turnus, alt mulig. [...] Tror det er litt sånn kapasitetsproblemer, rett og slett» (deltaker 10 fra sykehus).

### **Krevende å få oversikt**

Sykepleierne fra sykehuset vektla at de trengte informasjon fra ulike aktører, som behandlende lege på sykehuset, fastlegen, sykepleierne fra sykehuset og hjemmetjenesten, pasientene og de pårørende:

«Det er jo både samtaler med pasienten om det å for eksempel søke hjemmetjeneste. Så skal vi hjelpe dem med søknaden og få den sendt. Så skal vi ha møte med kommunen, tilrettelegge, altså ved hjelp av kommunen tilrettelegge hjemme. Ha kommunikasjon med kommunen om når pasienten skal utskrives. Det er et stort område, det er mye. Mange oppgaver som skal gjøres for å tilrettelegge, slik at de med langtkommen kreft skal ha det greit hjemme» (deltaker 7 fra sykehus).

### **Travelhet som en ramme**

Både sykepleierne på sykehus og i hjemmetjenesten beskrev planleggingen av pasientoverganger som tidkrevende. Sykepleierne på sykehuset opplevde å ha kort tid til å tilrettelegge for en pasientovergang:

«Kanskje det som gjør at ting ofte blir avglemt, er at vi har for mye å gjøre. Mye som skal gjøres samtidig. Så glemmer man det, fordi vi er ikke programmerte maskiner» (deltaker 9 fra sykehus).

Sykepleierne på sykehus opplevde at det ikke var satt av tilstrekkelig med tid til arbeidet med pasientoverganger. Derfor ble arbeidet ofte utført innimellom andre oppgaver. Sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde oftest at de trengte mer tid hos pasienter enn de fikk tildelt:

«Pasienten får tildelt tjenester. Men 20 minutter til samtale, hvor blir det av? Det bare forventes at det skal gjøres samtidig som stell av en PICC-line eller andre oppgaver. Det synes jeg er en mangel» (deltaker 4 fra hjemmetjenesten).

Sykepleierne i hjemmetjenesten kjente på følelsen av kun å få tildelt tid til praktiske oppgaver hos pasienten. De ønsket å gi helhetlig omsorg til pasienten, men sto i en skvis mellom avsatt tid og behovet for mer tid.

## ***Tause forventninger***

Sykepleiernes forventninger om hva som kunne utføres i hjemmetjenesten eller sykehus, ble ikke avklart. Sykepleiere i sykehus forventet at sykepleiere i hjemmetjenesten bidro med å rette opp feil eller mangler som ble oppdaget etter pasientovergangen, på tross av at det egentlig var sykehusets ansvar.

Sykepleierne i hjemmetjenesten forventet at mest mulig var ordnet før pasienten kom hjem, uten dialog om hva det innebar for hver enkelt pasient. Når forventningene var uavklart, eller det var lovet tjenester som ikke kunne innfris, kunne det medføre frustrasjon og skuffelse ikke bare for pasienten og de pårørende, men også for de som arbeidet i hjemmetjenesten:

«Når forventninger til oss som hjemmetjeneste er avklart, altså 'hva er det vi kan bistå med, og hva er det vi ikke kan' – at vi ikke blir som poteten, at vi på en måte skal gjøre alt. Så blir det en skuffelse for pasienten når vi kanskje ikke kan utføre absolutt alt» (deltaker 1 fra hjemmetjenesten).

Både sykepleiere fra sykehus og hjemmetjenesten beskrev pasientoverganger som vellykkede når det var avklart hva pasienten og de pårørende ønsket, hvem de involverte var, hvilke oppgaver som skulle gjøres før utskrivelsen fra sykehuset, og hvem som skulle utføre dem.

## **Manglende informasjon**

Variierende kvalitet på informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere fra sykehus og hjemmetjenesten kunne skape uforutsigbar planlegging av pasientoverganger. Sykepleiere i hjemmetjenesten fikk kun tilgang til informasjon når den ble sendt via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), og i telefonsamtaler.

Sykepleierne hadde ofte behov for å snakke sammen fordi PLO-meldinger ikke fikk frem nyansene i pasientens situasjon på samme måte som ved muntlig informasjonsutveksling. De holdt samarbeidsmøter når hjemmetjenesten fikk nye pasienter med sammensatt symptombyrde.

For hjemmetjenesten var oppdatert informasjon om pasienten, og spesielt epikrisen, viktig. I forberedelsen til at pasienten skulle komme hjem, pleide de å ringe direkte til sykepleierne på sykehuset hvis noe var uklart. Ved flere anledninger hadde de erfart at sykehusets informasjon om pasienten ikke samsvarte med det de opplevde når de møtte pasienten i hjemmet sitt. Da brukte de mye tid og ressurser på å få tak i riktig person som hadde informasjonen de trengte, da det var mange involverte aktører:

«Hvis du trenger en resept, hvem ringer du da? Ringer du fastlegen, palliativt team eller [sykehus]avdelingen? Altså, det skulle vært avklart om fastlegen er med eller ikke. Og palliativt team, de er kun tilgjengelig 8–16, ikke sant? Etter det må du bruke moderavdelingen» (deltaker 2 fra hjemmetjenesten).

### **Kompenserer for mangler**

I tilfellene der det oppsto feil eller mangler ved pasientoverganger, ble de ofte løst både fordi sykepleierne i hjemmetjenesten gjorde sykehuset oppmerksom på manglene, eller de ordnet opp selv:

«Vi får telefoner om diverse spørsmål. Men det føler jeg ofte er ting vi klarer å løse. Vi har ikke gjort en ordentlig jobb, har ikke sendt med alle papirer eller prosedyrer. Det løser seg jo, hjemmetjenesten tar kontakt» (deltaker 10 fra sykehus).

I hjemmetjenesten følte sykepleierne seg alene i arbeidet om å nøste i og rydde opp etter pasientoverganger der det oppsto mangler. Uten konkrete kontakter å kunne henvende seg til, erfarte sykepleiere at de var alene. Når det manglet utstyr eller medisiner, skaffet sykepleierne fra hjemmetjenesten dette for å unngå konsekvenser for pasienten.

«Kanskje er ikke rett utstyr sendt med pasienten hjem. [...] Av og til har vi vært nødt til å dra på sykehuset eller til Behandlingshjelpemidler og hente ting i arbeidstiden. Bare for å liksom redde situasjonen» (deltaker 6 fra hjemmetjenesten).

Arbeidet med å skaffe utstyr eller medisiner kunne føre til at sykepleierne ikke fikk spist lunsj. I noen tilfeller endte det med overtid for sykepleierne for å ta igjen det tapte arbeidet. Ettermiddager, kvelder, høytider og ferieavvikling ble nevnt som sårbare tidspunkter for utskrivelse av pasienter fra sykehus.

### **Diskusjon**

For å få til en god overgang er det viktig å være oppmerksom på at en pasientovergang innebærer en endring, og at denne endringen har kritiske punkter (4). I denne studien var to kritiske punkter fremtredende: *informasjonsutveksling* og *uavklarte forventninger*.

#### ***Informasjonsutveksling***

Denne studien identifiserte at hele prosessen med pasientovergang fra sykehus til hjem var uforutsigbar. Mye var uavklart, og sykepleiere fra sykehus og hjemmetjenesten hadde et stort behov for å skaffe bedre oversikt over informasjonsutvekslingen mellom dem. Mye av denne informasjonsutvekslingen kunne være både ustrukturert og udokumentert. Tidligere studier peker også på utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og til hvilken informasjon som er relevant og viktig å videreformidle (21, 22, 31).

Sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at viktig informasjon kan gå tapt i kommunikasjon mellom sykehus og kommune (19). Dette funnet har likhetstrekk med funn i studien vår, som i tillegg viste at viktig informasjon om pasienten også kan gå tapt mellom de involverte sykepleierne innad på sengepost i sykehus. En tidligere studie belyser usikkerheten pasienter og pårørende kan oppleve i forbindelse med overganger. Den viser også at det er manglende informasjon fra helsepersonell om hva den forestående overgangen innebærer, og hvem pasienten eller pårørende kan kontakte ved behov når de er utskrevet fra sykehuset (12).

Disse funnene kan belyses av Meleis' teori, som vektlegger bevissthet om hva en overgang innebærer av endringer som er viktige å være oppmerksom på både for pasientene, de pårørende og sykepleierne (4, 5). I tillegg tyder funn i vår studie på at uformell og usystematisk informasjonsutveksling via telefonsamtaler utgjør en risiko for at viktig informasjon ikke blir dokumentert, og går tapt.

Ulike journalsystemer og manglende tilgang til hverandres journalsystemer kan være en utfordring (31). Den skriftlige informasjonsutvekslingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten foregår via PLO. Brattheim og medarbeidere (32) viser til at PLO bidrar til tettere samhandling på tvers av helsenivåene, men mangelfull kvalitet på slike meldinger fører til et behov for supplerende muntlig kommunikasjon.

Studien til Lundereng og medarbeidere (21) viser til at sykepleierne ikke alltid hadde tiltro til at innholdet i PLO ble lest og forstått av den andre parten, og at det derfor ble dobbeltsjekket via telefonsamtaler. Tilgangen til den elektroniske kommunikasjonen mellom journalsystemer stenges idet pasienten utskrives fra sykehuset (31).

Våre funn belyser også at sykepleierne i hjemmetjenesten og sykehus i noen tilfeller ikke fikk frem nyanser i en PLO på samme måte som ved muntlig informasjonsutveksling. Det handlet ikke nødvendigvis om at PLO-ene var mangelfulle, men om et behov for å kunne snakke uformelt sammen for å få frem nyansene i pasientens situasjon.

### ***Uavklarte forventninger***

Allen (33) beskriver sykepleierens koordinerende rolle som en *stille funksjon* som ikke legges merke til før noe svikter. Denne tause funksjonen er å «binde alle trådene sammen» slik at de ulike helsetjenestene samordnes og oppleves som sammenhengende av pasienten og de pårørende (3).

I pasientoverganger er sykepleierens koordinerende funksjon vesentlig for å opprettholde kvaliteten i omsorgen for pasienten. Hva denne funksjonen konkret innebærer av gjøremål og i praksis, må imidlertid tydeliggjøres. Kunnskap om overgangsteori kan være et godt rammeverk for sykepleieren til å bli oppmerksom på kritiske punkter i en overgang. I tillegg kan bruk av teorien fremme velvære og mestring og forebygge negativ innvirkning på helse og sykdom til pasienter som er i en overgang (1, 2, 5).

Ifølge Meleis og Trangenstein (1) har sykepleieren en unik rolle og sentral funksjon i å hjelpe pasienter til å håndtere og mestre overganger, blant annet fordi de skal gjøre pasienten og de involverte oppmerksom på hva en overgang kan innebære (4, 5).

Graden av engasjement for en person i en overgang vil påvirkes av hvor bevisst pasienten selv er på endringene og opplevelsene som overgangen medfører. Endringer eller opplevelser er individuelle og krever at sykepleieren kartlegger hva pasienten opplever når vedkommende utskrives fra sykehuset til hjemmet.

Pakkeforløp hjem kan være løsningen på de kritiske punktene som vi har identifisert i denne studien, ved at det legger føringer for systematisk kartlegging, samhandling og oppfølging av pasienten (16).

Imidlertid er det for tidlig å si om det vil virke etter hensikten. Kritiske røster hevder at pakkeforløp er et verktøy for sykehusverdenens behandlingsfokus. De mener at helhetlige pasientforløp ikke kan standardiseres på samme måte, da det ikke er snakk om en diagnose, men en individuell, samlet helsetilstand og funksjon som danner grunnlaget for planlegging av tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten (34).

En annen utfordring, som også er problematisert av Kreftforeningen (35), er at pakkeforløp hjem er en anbefaling som helseforetak og kommuner ikke kan pålegges å ta i bruk.

### ***Studiens styrker og svakheter***

Fokusgruppeintervju er en effektiv metode for å samle inn kvalitativ data, der et godt samspill i gruppen kan få frem et rikt datamateriale ved meningsutveksling, og der den enkelte må argumentere tydeligere for sitt synspunkt. En svakhet kan være at noen deltakere kan dominere samtalen, mens andre ikke kommer til orde (27).

En svakhet ved studien vår er at datamaterialet er knyttet til et bestemt geografisk område. Det kunne vært unngått ved å rekruttere fra flere sykehus og kommuner i Norge. Et tredje fokusgruppeintervju med informanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten kunne bidratt til et rikere datamateriale. Det kan ha innvirkning på studiens validitet at førsteforfatteren har forsket på sitt eget fagfelt.

Imidlertid er det en styrke ved studien at medmoderatoren er en erfaren forsker, og at andreforfatteren har bidratt i de ulike trinnene av analyseprosessen. Systematisk tekstkondensering angir ikke at det skal være et overordnet tema, da analysen er tverrgående med enkelttemaer (28). I denne studien hørte alle temaene sammen. De ble derfor kategorisert under et overordnet tema.

## **Konklusjon**

Sykepleiere i både spesialist- og kommunehelsetjenesten erfarte at pasientoverganger fra sykehus til hjemmet var preget av usystematisk planlegging, der det i en travel hverdag var krevende å få oversikt over nødvendig informasjon når en pasientovergang skulle forberedes.

Begge partene hadde forventninger om hva avsenderen eller mottakeren kunne eller skulle gjøre i en slik overgang, men de var ikke tydelig formulert. Det var særlig sykepleiere i hjemmetjenesten som opplevde mangler ved en pasientovergang. For å ivareta omsorgen for pasienten kompenserte de for disse manglene ved å utføre oppgaver som egentlig skulle vært utført på sykehuset.

I klinisk praksis bør man være mer oppmerksom på at pasientens behov kan endres i en annen kontekst. Det må også erkjennes at sykepleiere i kommune- og spesialisthelsetjenesten har ulike arbeidsforhold.

## **Takksigelser**

*Takk til informantene som delte sine erfaringer. Uten dere hadde ikke denne artikkelen blitt noe av. Takk også til Bente Ervik – leder, kreftsykepleier og ph.d. ved Regional kompetansetjeneste i lindrende behandling på Universitetssykehuset Nord-Norge HF – som delte sine intervjukunnskaper før pilotfokusgruppeintervjuet og bidro som medmoderator i pilot- og fokusgruppeintervjuene.*

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



TETTERE DIALOG: Forventningene til pasienten og de pårørende må avklares før de skrives ut fra sykehuset. Viktige opplysninger, medikamenter og utstyr må være tilgjengelig før overflyttingen til hjemmet. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. I: Meleis AI, red. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 65–72.
2. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. I: Meleis AI, red. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 24–38.
3. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018;27(1-2):e21–38. DOI: [10.1111/jocn.13912](https://doi.org/10.1111/jocn.13912)
4. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher KL. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. I: Meleis AI, red. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 52–65.
5. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. I: Meleis AI, red. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 38–51.



6. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. I: Meleis AI, red. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 153–70.
7. Zhan L, He Y, Liu Q, Pei M, Yu L, Liu X. Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. Nurs Commun. 2022;6:e2022016. DOI: [10.53388/IN2022016](https://doi.org/10.53388/IN2022016)
8. Mardani A, Azizi M, Noodeh FA, Alizadeh A, Maleki M, Vaismoradi M, et al. A concept analysis of transitional care for people with cancer. Nurs Open. 2024;11(1):e2083. DOI: [10.1002/nop2.2083](https://doi.org/10.1002/nop2.2083)
9. Ellingsen S, Roxberg Å, Kristoffersen K, Rosland JH, Alvsvåg H. Being in transit and in transition: The experience of time at the place, when living with severe incurable disease – a phenomenological study. Scand J Caring Sci. 2013;28(3):458–68. DOI: [10.1111/scs.12067](https://doi.org/10.1111/scs.12067)
10. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 1. april 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
11. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. «It's like two worlds apart»: An analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. BMJ Qual Saf. 2012;21:i67–75. DOI: [10.1136/bmjqs-2012-001174](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001174)
12. Guo P, Pinto C, Edwards B, Pask S, Firth A, O'Brien S, et al. Experiences of transitioning between settings of care from the perspectives of patients with advanced illness receiving specialist palliative care and their family caregivers: A qualitative interview study. Palliat Med. 2022;36(1):124–34. DOI: [10.1177/02692163211043371](https://doi.org/10.1177/02692163211043371)
13. Isenberg SR, Killackey T, Saunders S, Scott M, Ernecoff NC, Bush SH, et al. «Going home [is] just a feel-good idea with no structure»: A qualitative exploration of patient and family caregiver needs when transitioning from hospital to home in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2021;62(3):e9-19. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2021.02.026](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.026)
14. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 31. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>

15. Schibeavaag L, Laugaland AK, Aase K. Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I: Aase K, red. Pasientsikkerhet: teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018. s. 133–44.
16. Helsedirektoratet. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 28. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjem-for-pasienter-med-kreft>
17. Kreftforeningen. Pakkeforløp [internett]. Oslo: Kreftforeningen; 31. august 2023 [hentet 28. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/dine-rettigheter-som-pasient/ventetider-og-pakkeforlop/#h-pakkeforlop-hjem-for-pasienter-med-kreft>
18. Sykepleien. Vi må ta bedre vare på kreftpasientene som kommer hjem [internett]. Oslo: Sykepleien; 4. juli 2023 [hentet 12. desember 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2023/07/vi-ma-ta-bedre-vare-pa-kreftpasientene-som-kommer-hjem>
19. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. BMC Pall Care. 2018;17(1):1–13. DOI: [10.1186/s12904-018-0350-0](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0)
20. Killackey T, Lovrics E, Saunders S, Isenberg SR. Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. Palliat Med. 2020;34(10):1316–31. DOI: [10.1177/0269216320947601](https://doi.org/10.1177/0269216320947601)
21. Lundereng ED, Dihle A, Steindal SA. Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. J Clin Nurs. 2020;29(17–18):3382–91. DOI: [10.1111/jocn.15371](https://doi.org/10.1111/jocn.15371)
22. Nordsveen H, Andershed B. Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem. Sykepleieres erfaringer av samhandling. Nord Sygeplejeforsk. 2015;5(3):239–52. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02)
23. Petersen HV, Foged S, Nørholm V. «It's two worlds» Cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. J Clin Nurs. 2019;28(9–10):1999–2008. DOI: [10.1111/jocn.14805](https://doi.org/10.1111/jocn.14805)
24. Jakobsen R, Killie PAV, Sørensen KE, Debesay J. Informasjonsflyt ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester: erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet tildelingskontor (TK). Nord Tidsskr Helseforsk. 2022;1(18):1–19. DOI: [10.7557/14.5684](https://doi.org/10.7557/14.5684)

25. Oksholm T, Gissum KR, Hunskår I, Augestad MT, Kyte K, Stensletten K, et al. The effect of transitions intervention to ensure patient safety and satisfaction when transferred from hospital to home health care – a systematic review. *J Adv Nurs.* 2023;79(6):2098–118. DOI: [10.1111/jan.15579](https://doi.org/10.1111/jan.15579)
26. Meleis AI. Transitions from practice to evidence-based model of care. I: Meleis AI, red. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 1–9.
27. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
28. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
29. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis.* 4. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
30. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* [internett]. Oslo: NESH; 2021 [hentet 5. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
31. Høyvik E, Doupe MB, Ågotnes G, Jacobsen FF. Barriers to healthy transitions between nursing homes and emergency departments. *Geriatr Nurs.* 2024;59:639–45. DOI: [10.1016/j.gerinurse.2024.08.034](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.08.034)
32. Brattheim BJ, Hellesø R, Melby L. Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepl Forsch.* 2016;11(1):26–33. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.56830](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830)
33. Allen D. *Sykepleiernes usynlige arbeid: organisering av sykehus og pasientomsorg.* Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
34. *Dagens Medisin.* Pakk sammen «Pakkeforløp hjem»! [internett]. Oslo: Dagens Medisin; 4. februar 2020 [hentet 28. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/pakk-sammen-pakkeforlop-hjem/280385>
35. *Onkologisk tidsskrift.* Kreftforeningen kritiserer Pakkeforløp hjem: Forplikter ikke kommunene [internett]. Charlottenlund: Onkologisk tidsskrift; 14. september 2023 [hentet 28. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://onkologisktidsskrift.no/sykdommer/520-kreftforeningen-kritiserer-pakkeforlop-hjem-forplikter-ikke-kommunene.html>

