



Det helsevitenskapelige fakultet  
Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Utskrivning fra sykehus av eldre pasienter med behov for helse- og omsorgstjenester**

**- Sykepleieres erfaringer med utskrivningsarbeid og et utskrivningssamarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam.**

Hanna Hartvigsen

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid HEL-3961 Mai 2022 Antall ord: 19572



## Forord

Tre år med masterstudier avsluttes med dette masterprosjektet. Jeg husker vi snakket om det, oss studenter i starten, om oppgaven som skulle bli til. Og nå er tiden her. Arbeidet med masterprosjektet har vært en svært læringsrik og spennende prosess, men det har også vært fortvilelse og bekymringer. Audhild Høyem, min fantastiske veileder har sørget for at jeg har holdt hodet over vann, for å gi meg konstruktive tilbakemeldinger og for å utfordre meg til å løfte blikket når jeg har hatt forstørrelsesglass på. Jeg setter stor pris på det, tusen takk.

Jeg vil og takke informantene som stilte opp i sine travle arbeidshverdager, takk for at jeg fikk tilgang til deres erfaringer slik at jeg kunne gjennomføre prosjektet.

Videre vil jeg takke mine medstudenter Ine-Mari og Anniken som har holdt kontakten gjennom studiet til tross for geografiske avstander. Jeg setter enormt pris på alle samtalene vi har hatt i denne prosessen, faglige som vennskapelige. Takk til min søster Mari, som har lest korrektur og som har støttet meg med faglige diskusjoner gjennom studiet selv om våre studieretninger peker i vidt forskjellige retninger. Til slutt vil jeg takke min kjære samboer og to gutter som har vært fantastisk tålmodig gjennom denne prosessen.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tidligere forskning .....	3
1.2	Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	5
1.3	Masteroppgavens oppbygning.....	6
1.4	Studiens avgrensninger og kontekst .....	6
1.4.1	Pasientsentrert helsetjenesteteam .....	6
1.4.2	Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov .....	8
1.4.3	Rutiner for utskriving fra sykehus.....	9
2	Teoretisk rammeverk.....	11
2.1	Sykepleieres organiseringsarbeid .....	11
2.1.1	Rammeverk for sykepleieres forløpsorganisering.....	12
2.2	Personsentrert praksis .....	14
2.2.1	«Hva er viktig for deg?».....	15
2.3	Organisatorisk kompetanse.....	16
3	Metode.....	17
3.1	Bakgrunn for valg av forskningsdesign.....	17
3.2	Forforståelse .....	17
3.3	Innsamling av data.....	19
3.3.1	Intervju .....	19
3.3.2	Utvalg og rekruttering av informanter .....	19
3.3.3	Gjennomføring av intervju .....	22
3.3.4	Transkribering av intervju.....	24
3.4	Etiske overveielser.....	24
3.5	Analyse .....	25
4	Resultater.....	29

4.1	Sykepleierne planlegger og organiserer utskrivelsen, men forventer at uforutsette ting skjer.....	29
4.2	Forutsetninger for å optimalisere pasientens hjemmesituasjon og tjenester .....	31
4.3	Samarbeidets betydning for sykepleiernes utskrivningsarbeid .....	36
4.3.1	Sykepleierne tenker annerledes om utskrivning.....	36
4.3.2	Roller og arbeidsdeling .....	37
5	Diskusjon.....	39
5.1	Forløpsorganisering i fellesskap.....	39
5.2	Personsentrert praksis – ideal og virkelighet.....	43
5.3	Samarbeid med PSHT - arena for utvikling av organisatorisk kompetanse?.....	46
5.4	Inspirasjon til utvikling av egen utskrivningspraksis .....	48
5.5	Konsekvenser for praksis.....	49
5.6	Metodekritikk .....	50
6	Avslutning .....	54
6.1	Videre forskning .....	55
7	Referanseliste .....	56
	Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til deltakere .....	61
	Vedlegg 2 - Intervjuguide .....	65
	Vedlegg 3 - Godkjenninger fra NSD.....	68

## Tabelliste

Oversikt over informanter – s. 21

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Tjenesteoverganger er en sårbar tid i et pasientforløp, spesielt for eldre multisyke pasienter. Eldre pasienter med sammensatte behov har økt risiko for å motta fragmenterte helsetjenester og oppleve uønskede hendelser i forbindelse med utskrivelse fra sykehus. Helsemyndigheter og forskning vektlegger behov for økt bruk av teambaserte løsninger i denne sammenhengen. Sykepleiere er ansvarlig for å koordinere utskrivelser fra sykehus og har derfor en sentral rolle i utskrivningsprosesser.

**Hensikt:** Dette prosjektet har som formål å få innsikt i sykepleieres utskrivningsarbeid og videre utforske funksjonen og bidraget ved et utskrivningssamarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT). For å undersøke dette tar prosjektet sikte på å undersøke sykepleieres erfaringer med utskrivningspraksis, og med samarbeid (PSHT) i forbindelse med utskrivning av eldre pasienter med sammensatte behov. PSHT er et tilbud som blant annet bistår ved utskrivelse av pasienter over 60 år med flere diagnoser. Teamet er tverrfaglig sammensatt med ansatte fra kommune og sykehus.

**Metode:** Studien har kvalitativ tilnærming. Data er innhentet gjennom semistrukturerte intervju i løpet av september-oktober 2021 med sykepleiere som arbeidet i somatisk sengepost ved et sykehus. 4 deltakere deltok i prosjektet, hvor hvert intervju varte mellom 38 og 60 minutter. Datamaterialet er transkribert og analysert etter tematisk analysemetode.

**Resultat:** Resultatene ble inndelt i tre temaer, der det siste temaet har to undertema. Tema 1: Sykepleierne planlegger og organiserer utskrivelsen, men forventer at uforutsette ting skjer. Tema 2: Forutsetninger for optimalisering av pasientens hjemmesituasjon og tjenester. Tema 3: Samarbeidets betydning for sykepleiernes utskrivningsarbeid - Sykepleierne tenker annerledes om utskrivning - Roller og arbeidsdeling

**Diskusjon og konklusjon:** Sykepleierne strekker seg langt for å fasilitere gode overganger mellom sykehus og pasientens hjem. De planlegger og følger retningslinjer for utskrivelse, de forsøker å forutse pasientens behov for tjenester og de møter uforutsette, men samtidig forventede situasjoner i forløpet. Samtidig oppstår det situasjoner som gjør sykepleiernes selvstendige utskrivningsarbeid utfordrende, noe som gjør at de kontakter PSHT. Usikkerhet rundt pasientens hjemmesituasjon og pasientens omsorgsbehov beskrives av sykepleierne som hovedgrunner for å støtte seg til teamet. PSHT bidrar ifølge sykepleierne til å støtte opp utskrivningsarbeidet og til å skape trygge utskrivelser i fellesskap. Samarbeidet synes videre å tilrettelegge for at nyutdannede sykepleiere kan tilegne organisatorisk kompetanse, til i større grad å inkludere pasientens perspektiver i utskrivningsprosessen og til å inspirere til å delta i lokale prosjekter om trygg utskrivelse.

**Nøkkelord:** Utskrivning, tjenesteoverganger, eldre, multisykdom, pasientforløp, sykepleier, tverrfaglige team, utskrivningssamarbeid, utskrivningsteam

## Abstract

**Background:** Care transitions is a vulnerable time in a patient pathway, especially for older patients with multiple diagnoses. Older patients with complex needs have increased risk of receiving fragmented healthcare and adverse events associated with discharge from hospital to home. Health policies and studies emphasizes increased need for team-based hospital discharge. Nurses are responsible for coordinating discharge from hospital and therefore have a central role in discharge-processes.

**Aim:** This project aims to generate insight to nurse's discharge-work and further explore a discharge-collaboration with patient centered healthcare team. To explore this, this project aims at looking into nurses' experiences with discharge work as well as their experiences with a discharge collaboration with a patient centered health care team (PACT) in relation to older peoples discharge from hospital. PACT is a service offered to assist discharge processes for patients over 60 years with multiple diagnoses. The team consists of multidisciplinary healthcare personnel, with employees from both the municipality and the hospital.

**Method:** The study has a qualitative approach. Data is generated through semi-structured interviews during September-October of 2021 with nurses who worked in somatic departments in a hospital. 4 informants participated in the project. The interviews lasted between 38 and 60 minutes. The data material is transcribed and analyzed through thematic analysis.

**Results:** The results were divided into three themes, where the last theme have two subthemes. 1: The nurses plan and organize for discharge but expect unforeseen situations. 2: Preconditions for optimizing the patient's home-situation and services. 3: The meaning of the collaboration for nurse's discharge-work – The nurses think differently about discharge – Roles and distribution of work.

**Discussion and conclusion:** The nurses aim to facilitate good patient-transfers between hospital and the patient's home with municipal services. They plan and follow guidelines for discharge, they aim to predict patients' needs for services and they encounter unforeseen yet expected situations in the process. At the same time situations occur that makes nurses independent discharge-work challenging, which seems to make them contact the PACT-team. Uncertainties about the patient's home-situation and healthcare-needs is described as the main reasons for the nurses to contact and wish support from the team. According to the nurses, the PACT-team contributes to support care transitions and seems to function as an extension of the nurse's discharge-work. The collaboration further seems to contribute to newly graduated nurses' organizational skills, to include patients' perspectives in the discharge-process in a larger degree, as well as to inspire to engage in local improvement-projects in relation to safe discharge.

**Keywords:** Discharge, care transitions, elderly, patient pathway, multimorbidity, multidisciplinary team, discharge collaboration, discharge team

# 1 Innledning

For å håndtere behovet for tjenester og behandling i helsevesenet er helsemyndigheter ute etter å finne organisatoriske løsninger som kan bidra til mer effektive tjenester (Bukve & Kvåle, 2014, s. 14). Samhandlingsreformen, som bygger på ny oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er et forsøk på å skape mer effektivitet i helsetjenesten (Bukve & Kvåle, 2014). Samhandlingsreformen omfatter både faglige, finansielle, rettmessige og organisatoriske virkemidler (Forskningsrådet, 2016). Rammebetingelser ble innført for å gi «*virksomhetene motivasjon til å samarbeide og til å levere tjenester i samsvar med målene i helse- og omsorgspolitikken*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14).

Kommunene har blant annet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter i sykehus, noe som er ment å føre til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus til kommune, og derav «*bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste*» (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Samhandlingsreformen har bidratt til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus til kommune (Riksrevisjonen, 2016). Samtidig har over 90 % av pasientene som mottar kommunale tjenester etter innleggelse multisykdom (Forskningsrådet, 2016). Overganger fra sykehus til kommunal omsorg er derfor spesielt sårbare faser i et pasientforløp der det er økt risiko for brudd i tjenestene og for å oppleve uønskede hendelser (Laugaland, Aase, & Barach, 2012). Uønskede hendelser knyttes blant annet til feilmedisinering, infeksjoner og fall (Laugaland et al., 2012).

Leve hele livet reformen, en kvalitetsreform for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 148), peker på betydelige utfordringer ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunale helsetjenester, blant annet rettet mot feil i medikamentlister, feil i epikriser og manglende kartlegging av pasienten. Riksrevisjonens (2017) undersøkelser av åtte helseforetak sine samhandlingsavvik påpeker i tillegg at pasienter skrives ut uten nødvendige hjelpemidler. Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet finner at «*mangelfull samhandling, koordinering, kommunikasjon og medvirkning i tjenesten bidrar til pasientskader, unødvendig ventetid og ekstra belastning for pasienter og brukere*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6).

Sårbare tjenesteoverganger er altså et aktuelt tema som helsemyndigheter har satt på dagsorden, og det fremkommer av Nasjonal helse- og sykehusplan at helsemyndigheter



ønsker større fokus på pasientsikkerhet i forbindelse med utskrivelse fra sykehus. I stortingsmeldingen presiserer de et ønske om «å forbedre utskrivingsprosessen og sikre at pasientene får en medvirkende rolle og opplever en helhetlig tjeneste med trygge overganger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 s., 42). Videre fremheves gode rutiner for utskrivelse og arenaer som tilrettelegger for møteplasser mellom helsepersonell som tiltak for å skape gode pasientforløp. For sårbare pasienter pekes det på et behov for en bredere tilnærming der tjenestene opptrer i team rundt pasienten, spesielt i tjenesteoverganger. Dette støttes av forskning som fremhever tverrfaglige team som tiltak for å forbedre utskrivningspraksis (Baxter et al., 2020; Danielsen, Nilsen, & Fredwall, 2017; Gautun, Bratt, & Billings, 2020; Laugaland et al., 2012). Det er utviklet ulike teambaserte arbeidsformer som ACT/FACT (Assertive Community Treatment og Flexible Assertive Community Treatment) og primærhelseteam. Pasientsentrert helsetjenestetteam, (PSHT), som dette prosjektet vil omhandle, omtales også i Nasjonal Helse- og sykehusplan. Et felles budskap med slike team er at tverrfaglige tilnærminger på tvers av sykehus og kommune bidrar til å ivareta hele personen og til å skape et tilbud som passer hvert individs behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 47).

Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har en sentral rolle i utskrivningsarbeid. Organiseringsarbeid opptar en betydelig del av sykepleieres ressurser, samtidig som det i forskning blir beskrevet som en «usynlig» og mindre anerkjent del av sykepleiefaget (Allen, 2014). Sykepleiere tar ofte ansvar for å koordinere oppgaver rundt pasienter med sammensatte behov, men mangler ressurser til dette (Høyem, Gammon, Berntsen, & Steinsbekk, 2018). Forskning viser også at sykepleiere kan oppleve strukturelle barrierer og begrensninger i bruk av skjønn i arbeidet med å møte pasientens preferanser og behov i utskrivningsprosesser (Kvæl, Hellesø, Bergland, & Debesay, 2022).

I noen sykehus er det utviklet løsninger slik som pasientsentrerte team. Kjennetegn ved slike team er at de blant annet skal bistå i overganger fra sykehus til pasientens hjem, at de tar utgangspunkt i det pasienten opplever som viktig, at de består av helsepersonell fra både sykehus og kommune og at de er tverrfaglig sammensatt, herunder bestående av «sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmasøyt og lege» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 46). Sykepleiere i sykehus kan henvise pasienter over 60 år med flere sykdommer for ekstra oppfølging, særlig i forbindelse med utskrivelse til pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) (Berntsen et al., 2019). Jeg vil i kapittel 1.4.1 gi en nærmere beskrivelse av PSHT. Som nevnt foran, fremmer helsemyndighetene et større behov for teambaserte arbeidsformer i

forbindelse med utskrivelse av eldre pasienter fra sykehus. I den forbindelse er det viktig å undersøke hvordan sykepleiere, som innehar et stort ansvar i utskrivningspraksis, opplever et slikt samarbeid. Jeg har funnet lite forskning på akkurat dette perspektiver, noe jeg vil komme tilbake til i kapittel 1.1.

Som sykepleier gjennom 10 år i somatisk praksis har jeg selv aldri samarbeidet med PSHT, men jeg har hatt ansvar for mange utskrivningsprosesser for eldre pasienter med store tjenestebehov i etterkant av innleggelse. Min opplevelse er at utskrivningspraksis kan bestå av komplekse og ressurskrevende prosesser som krever uttalte koordineringsevner for å holde tråden i de mange ulike aspektene ved en utskrivelse, spesielt dersom pasienten skal skrives ut til sitt hjem. Jeg er derfor nysgjerrig på sykepleieres erfaringer med et utskrivningssamarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam. Hvordan jobber sykepleierne med utskrivningsarbeid? Hvorfor velger de å støtte seg til teamet? Hva mener de om teamets funksjon og bidrag i en utskrivelsesprosess for seg selv og for pasienten? Kan sykepleiere lære av teamet og benytte kunnskapen i sitt eget utskrivningsarbeid? Er det slik at sykepleiere endrer sin arbeidsform etter å samarbeide med teamet?

## **1.1 Tidligere forskning**

En kvalitativ studie som omfattet over 200 helsepersonell involvert i arbeid med pasientoverganger, beskrev faktorer som kan sette trygge utskrivelser i fare. Medvirkende faktorer innad i sykehuset ble beskrevet som forsinkelser eller feil i bestilling av hjelpemidler og medisiner og manglende vurdering av pasientens helhetlige tilstand. Faktorer på systemnivå ble i hovedsak beskrevet som manglende ressurser og effektivitetspress, herunder utskrivelser uten en klar oppfølgingsplan og mangler og forsinkelser i informasjonsflyt mellom sykehus og kommune. Forfatterne understreker behovet for kommunikasjon og samarbeid over profesjonsgrenser og organisatoriske grenser (Waring, Bishop, & Marshall, 2016).

Kompetansehevende tiltak som beskrives å ha positive effekter på uønskede hendelser i pasientoverganger er blant annet trening/øving i ulike prosesser ved pasientoverganger, og interorganisatoriske møter som tilrettelegger for en felles forståelse av hverandres oppgaver og ansvar (Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad, & Aase, 2014). Innføring av utskrivningskoordinatorer i dedikerte stillinger, standardiserte utskrivningsnotater og

systematiske vurderinger av den eldre pasientens medisinske, kognitive og funksjonelle status ved tjenesteoverganger beskrives som organisatoriske tiltak for å bedre utskrivingsprosessene (Laugaland et al., 2012; Storm et al., 2014). Økt involvering av pasient- og pårørende fremheves også som viktige tiltak. Pasienter og pårørende ønsker ofte å delta i diskusjoner om utskrivelser, men blir ofte i liten grad involvert i prosessen (Laugaland et al., 2012; Olsen, Debesay, Bergland, Bye, & Langaas, 2020). Laugaland et al. (2012) retter kritikk mot at tiltakene som presenteres ofte fokuserer på individuelle profesjonsgrupper som sykepleiere, leger, ergoterapeuter, pasienter og familie, og peker i stedet på behovet for tiltak som fremmer tverrfaglige tilnærminger for å forbedre pasientoverganger for eldre pasienter.

Tverrfaglige tilnærminger beskrives i flere studier som forbedringstiltak i pasientoverganger (Baxter et al., 2020; Gautun et al., 2020). I studier om tverrfaglige team er det ofte selve teammedlemmene sine erfaringer som står i fokus. Teammedlemmene i en studie påpekte at kunnskap om pasienten, kunnskap om hverandre i teamet, samt å skape et bindeledd over ulike nivåer var elementer som skapte muligheter for trygge utskrivelser fra sykehus (Baxter et al., 2020).

Det nærmeste jeg kommer studier som undersøker tverrfaglige teams *samarbeidspartners* erfaringer i overganger mellom sykehus og kommune i norsk sammenheng synes å være den forskningsrettede evalueringen av FACT (Flexible Assertive Community Treatment) (Landheim & Odden, 2020). Prosjektet omfatter tverrfaglig team som gjennom en felles samhandlingsmodell arbeider i grensefeltet mellom sykehus og kommune for å skape gode og sammenhengende tjenester for mennesker med psykiske og sammensatte utfordringer. Forskningen inkluderte kvalitative fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere i sykehus og kommune om deres erfaringer med FACT-teamet, blant annet når det gjaldt organisering og samhandlingsmodellens funksjon. De fant blant annet at: «*FACT-teamene er brobyggere mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten*», «*Teamet følger opp brukerne før under og etter innleggelse*» og at «*Teamet bidrar med faglig veiledning og kompetanse*» (Landheim & Odden, 2020, s. 131).

Oppsummert fremhever helsemyndigheter at helsetjenesten i større grad må jobbe i teambaserte arbeidsformer for at pasienter med sammensatte behov skal motta et helhetlig tjenestetilbud. Dette får støtte fra tidligere forskning som peker på teamorganiserte løsninger for å forbedre overganger mellom sykehus og kommune. Man vet altså noe om teammedlemmers erfaringer, og man vet noe om samarbeidspartnere i FACT-prosjektet sine

erfaringer, men man vet lite om hvordan sykepleiere i somatisk helsetjeneste erfarer et slikt samarbeid. Jeg mener derfor FACT-evalueringen som har undersøkt hvilke erfaringer samarbeidspartnere har til prosjektet, bidrar til å synliggjøre relevansen av mitt prosjekt. Dersom målet er større bruk av teambaserte arbeidsformer, anses det relevant undersøke hvordan samarbeidet erfares fra sykepleieres perspektiv. Sykepleiere har et stort ansvar når det gjelder utskrivningsprosesser og jeg mener det på bakgrunn av forskningsgrunnlaget foreligger et behov for å undersøke deres erfaringer til samarbeid med samhandlingsteamet.

## **1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

Sårbare eldre pasienter står i risiko for å oppleve uheldige hendelser i forbindelse med utskrivelse fra sykehus. Ifølge helsemyndigheter må pasientene i større grad ivaretas gjennom teambaserte tilnærminger. Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er et team som blant annet skal bistå ved utskrivelse fra sykehus. Sykepleiere er ansvarlige for utskrivningsarbeid og kan henvise pasienter til teamet. Jeg er nysgjerrig på hvilke erfaringer sykepleiere har med eget arbeid omkring utskrivelser og hvilke erfaringer de har med å samarbeide om utskrivning med PSHT. Studiens problemstilling er derfor:

### ***Studios problemstilling***

*Hvordan erfarer sykepleiere utskrivningsarbeidet omkring eldre pasienter med sammensatte behov, og hvilke erfaringer har de med et utskrivningssamarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT)?*

### **Forskningsspørsmål**

- Hva kjennetegner sykepleieres utskrivningsarbeid for eldre pasienter med sammensatte behov i somatiske sykehusavdelinger?
- Hvilke forutsetninger erfarer sykepleiere i sykehus at de har for å kunne optimalisere pasientens livssituasjon og tjenester i forbindelse med utskrivning?
- Hva erfarer sykepleiere at samarbeidet med teamet betyr for dem i deres utskrivningsarbeid?

### **1.3 Masteroppgavens oppbygning**

Jeg vil starte med å beskrive oppgavens avgrensning og konteksten oppgaven er situert i. Herunder vil jeg beskrive pasientsentrert helsetjenestetteam, Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, samt sykepleieres oppgaver og ansvar i utskrivningspraksis. I kapittel to vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for prosjektet. Her vil teori knyttet til sykepleieres organiseringsarbeid, personsentrert praksis og organisatorisk kompetanse være sentralt for å belyse studiens funn. I kapittel tre presenteres den metodiske rammen for oppgaven. Her vil jeg vise hvordan jeg har gått frem for å innhente og analysere det empiriske materialet. Etter det vil resultatene presenteres, og videre diskuteres opp mot teoretiske perspektiv og aktuell forskning. Ved slutten av diskusjonskapitlet vil jeg presentere og reflektere over metodiske styrker og svakheter ved prosjektet før jeg til slutt legger frem en avsluttende konklusjon og foreslår retning for videre forskning.

### **1.4 Studiens avgrensninger og kontekst**

Studien omfatter sykepleiere fra både medisinske og kirurgiske avdelinger i et stort helseforetak. Prosjektet tar sikte på å undersøke det som foregår i utskrivningsprosessen i sykehuset og i skjæringspunktet mellom sykehuset og pasientens hjem. Det er i hovedsak erfaringer med samarbeidet mellom sykepleiere og teamet jeg ønsker å undersøke. For å kunne utforske dette anser jeg det som nødvendig at prosjektet også omfatter sykepleieres generelle erfaringer med utskrivningspraksis for denne pasientgruppen. Altså også i de tilfellene der de ikke velger å samarbeide med pasientsentrert helsetjenestetteam. Jeg har derimot ikke intervjuet andre samarbeidspartnere som har tilknytning til pasientsentrert helsetjenestetteam, som leger og helsepersonell i hjemmesykepleien. Jeg har heller ikke intervjuet pasienter og har dermed ikke innsikt i deres erfaringer.

#### **1.4.1 Pasientsentrert helsetjenestetteam**

Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT), som omtales i Nasjonal helse- og sykehusplan, beskrives som et tilbud for eldre pasienter med flere diagnoser, der teamet blant annet skal bistå i overgangene mellom sykehus og pasientens hjem. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Teamet er utviklet i samarbeid mellom et sykehus og fem kommuner (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2019) der teammedlemmer er ansatt både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Teamet har tilgang til både journalsystemet i sykehuset og journalsystemet i kommunen, noe ansatte i sykehus og i kommunen ikke har. De jobber inne i sykehuset der de har direkte kontakt med pasienter og samarbeidspartnere, de samarbeider med hjemmesykepleien, og de kan dra på hjemmebesøk til pasienten (Bergmo, Berntsen, Dalbakk, & Rumpsfeld, 2015)

Teamet er i dag organisert som et fast tilbud med tilholdssted ved flere sykehus, men har et nært samarbeid med tilhørende kommuner. I mitt prosjekt vil jeg undersøke sykepleieres erfaringer med et utskrivningssamarbeid for pasienter som skrives ut til den kommunen der ett av sykehusene ligger, altså der teamet har mulighet til å dra ut og der teammedlemmer er ansatt i den aktuelle kommunen og ved det aktuelle sykehuset. Det utvikles ulike modeller for kommuner som har sykehus, og mindre kommuner i distriktet, men mitt prosjekt vil altså omhandle førstnevnte.

Fastleger, hjemmesykepleien og sykepleiere i sykehus kan henvise pasienter over 60 år som bor hjemme, eller inneliggende pasienter (i sykehus) med multimorbiditet og sammensatte behov som strekker seg over lengre tid, som har høy risiko for akutt reinnleggelse på sykehus (Berntsen et al., 2019). Henvisninger vurderes av en sykepleiekoordinator, en lege og en sekretær. Pasienter som innvilges tjenester fra PSHT får tildelt et team som har frihet til å skape en best mulig plan sammen med pasienten. Arbeidet består av å utforske pasientens mål, vurderinger av pasientens kliniske behov og koordinering og rekruttering av ressurser som skal involveres i et lengre perspektiv når PSHT trekker seg ut. En gjennomsnittlig intervensjonstid fra PSHT er på 30 dager (Berntsen et al., 2019)

PSHT arbeider med utgangspunkt i prinsippene om å

- *«være pasientsentrert: om å forstå hva som er viktig for pasienten»*
- *«være helhetlige: å veve mange problemspesifikke planer sammen til én plan per pasient – pasientens plan»*
- *«arbeide proaktivt: å analysere risikobildet sammen med pasienten og møte sannsynlige helsetrusler gjennom støtte til egenmestring, overvåkning av risikofaktorer, og handlingsplaner for å møte en klinisk forverring som er i emning»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 46).

Forskning på PSHT viser at eldre multisyke pasienter som mottok tjenester fra teamet hadde redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp-tjenester, større forbruk av polikliniske tjenester og

vesentlig reduksjon i dødelighet etter 6 måneder (Berntsen et al., 2019). Av faktorer som kan bidra til et slikt resultat beskrives blant annet PSHTs proaktive tilnærming, bestående av omfattende geriatriske vurderinger som inkluderer tidlige evalueringer og håndtering av typiske plager som underernæring. Videre fant farmasøyt feil og interaksjoner (som betyr at medikamenter påvirker hverandre) i de fleste medisinalistene som ble gjennomgått og korrigert i samarbeid med relevante aktører, noe som beskrives som en annen mulig medvirkende faktor til resultatet. Videre beskrives PSHT som å ha tid og kapasitet til å skaffe oversikt over pasientens tjenester, til å skape dialog over organisasjoner og profesjoner og kontinuerlig oppdatere involverte aktører. Behovet fremheves på bakgrunn av fragmenterte organisatoriske systemer der profesjoner har begrensede verktøy for å sikre dialog over ulike nivåer i helsetjenesten (Berntsen et al., 2019).

#### **1.4.2 Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov**

Et økende antall eldre pasienter har multisykdom, definert som «*tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer*» (Helsedirektoratet, 2017). Pasienter kan derfor ha behov for behandling og oppfølging av flere funksjonsutfordringer og flere sykdommer samtidig. Veiledere og faglige retningslinjer rettes ofte mot avgrensede problemstillinger eller enkelt diagnoser, men oppfølging av eldre pasienter med multisykdom kan kun i begrenset grad standardiseres på grunn av problemenes kompleksitet. «Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» kommer med innspill om tiltak som skal sikre mer strukturert oppfølging av pasienter med et omfattende helsetjenestebehov (Helsedirektoratet, 2017).

Virkemidler i veilederen beskrives blant annet som strukturert tverrfaglig samarbeid og arbeid gjennom tverrfaglige team. Tverrfaglig samarbeid beskrives i den forbindelse som «*en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulik fagbakgrunn*» (Helsedirektoratet, 2017). Tverrfaglige team beskrives på ulike måter i veilederen, men PSHT synes å falle inn under det som beskrives som «*team med fast personell fra ulike faggrupper og som har spesialkompetanse på spesifikke tilstander eller diagnoser*» (Helsedirektoratet, 2017). I slike former for team kan det variere hvorvidt teamene ivaretar «*den helhetlige oppfølgingen av pasient og bruker, eller om de bistår med sin spesialkompetanse i deler av*

*forløp, eksempelvis i form av opplæring og veiledning til øvrig personale»* (Helsedirektoratet, 2017).

Veilederen fremhever videre læringsnettverk som metode for tjenesteutvikling. Læringsnettverk beskrives som «*et verktøy for verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*» (Helsedirektoratet, 2017). Tanken bak er at man gjennom å dele kompetanse på tvers av fagfelt, avdelinger og organisasjoner kan skape bedre kvalitet på tjenester. Læringsnettverk har som krav at deltakere vil forbedre et felles område, og at opplevelsen av «lagfølelse» tilrettelegger for å inspirere samt å lære av hverandre. Det er også et krav at nettverket varer over lengre tid (Helsedirektoratet, 2017). Et eksempel på et læringsnettverk er «Læringsnettverk for gode pasientforløp», som presenteres i Leve hele livet reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Læringsnettverket tar sikte på å bedre utskrivelser fra sykehus, noe jeg vil komme tilbake til i diskusjonskapitlet.

### **1.4.3 Rutiner for utskriving fra sykehus**

Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune er ett av virkemidlene som ble innført ved Samhandlingsreformen med formål om å fremme samhandling og gode samarbeidsrutiner gjennom å konkretisere oppgave- og ansvarsdeling mellom nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Noen av disse avtalene har konsekvenser for utskrivningspraksis mellom sykehus og kommune. En av samarbeidsavtalene omhandler pasienter som skal utskrives fra sykehus som forventes å ha behov for tjenester fra primærhelsetjenesten i etterkant av sykehusinnleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Her er sykehusets plikt å vurdere om pasienten kan ha behov for tjenester fra kommunen etter innleggelse (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 7). Dersom vurderingen viser dette, skal sykehuset informere kommunen om dette senest 24 timer etter at pasienten ble innlagt. Hvis det vurderes at pasienten ikke har behov for kommunale tjenester og dette endrer seg underveis i forløpet, skal sykehuset varsle kommunen så snart behovet foreligger (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 8).

Varslingen skal inneholde opplysninger vedrørende «*pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningsdato*» (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 8).



Det er også utarbeidet rutiner, prosedyrer og flytskjemaer som konkretiserer oppgavene i samarbeidsavtalene. Det vektlegges herunder ofte at sykehus forventes å veilede kommunehelsetjenesten gjennom å formidle beskrivelser av pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov under innleggelsen, men sykehus kan ikke forespeile eller legge føringer om et særskilt kommunalt tjenestetilbud til pasienten i etterkant av innleggelse (Riksrevisjonen, 2017). Før utskrivelse er sykehusets jobb å ferdigstille dokumenter som sykepleiesammenfatning og sende dette elektronisk til kommunen, klargjøre medikamenter og aktuelle resepter og vurdere behov for hjelpemidler etter utskrivelse (Riksrevisjonen, 2017).

Kommunen har videre betalingsplikt for pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt tjenestetilbud fra det første døgnet pasienten defineres som utskrivningsklar (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 13). Pasienten kan defineres som utskrivningsklar når lege i sykehus vurderer at pasienten ikke lengre trenger behandling i spesialisthelsetjenesten (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011. § 9).

## 2 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket for oppgaven bygger for det første på Davina Allens rammeverk for forløpsorganisering. Allen begrepsfester sykepleieres organiseringsarbeid i sykehus. Hun beskriver prosessene som foregår *bak* det å fasilitere et sammenhengende pasientforløp, noe jeg mener kan bidra som et analytisk verktøy for å skissere hvordan sykepleierne arbeider med utskrivningsprosesser i sykehus, hvilke barrierer de kan møte på veien og hvilken funksjon pasientsentrert helsetjenesteteteam har i denne konteksten. Videre mener jeg McCormacks rammeverk for personsentrert praksis og en studie som undersøker sykepleieres perspektiv på konseptet, kan bidra til en dypere forståelse av samarbeidets betydning for sykepleiernes utskrivningsarbeid og for å lyssette utfordringer som kan oppstå i arbeidet. Til slutt mener jeg Orviks perspektiv på organisatorisk kompetanse belyser utfordringer nyutdannede sykepleiere kan stå overfor i sin karriere og hvilken betydning samarbeid med et team som PSHT kan ha i denne konteksten.

### 2.1 Sykepleieres organiseringsarbeid

Davina Allen (2014) er sykepleier og sosiolog og har i sine omfattende observasjonsstudier fra sykehus forsket på sykepleieres organisatoriske arbeid. Hun beskriver sykepleie de siste 40 årene som kjennetegnet av en omsorgsfunksjon der det «å kjenne pasienten» står sentralt for sykepleieres identitet. Samtidig viser Allens forskning at sykepleieres bidrag i helsetjenesten går langt utover det pasientnære arbeidet. Sykepleiere beskrives som sentrale i hele pasientforløpet, både internt i sykehus og i overgangsprosesser. Hun beskriver sykepleiere som de som knytter forløpene sammen på tvers av profesjoner, avdelinger og organisatoriske grenser og formidler enkeltmennesket behov. Det er gjennom organiseringsarbeidet at sykepleiere anses som nettverksbyggere og de viktigste formidlerne.

Allen beskriver arbeidet de gjør som «obligatoriske møtepunkter» siden omtrent ingenting som foregår i et forløp skjer uten at det går gjennom sykepleieren (Allen, 2014). Det er de som skaper «*samsvar i det mangfoldet av elementer som til sammen utgjør tjenesteforløpet*» (Allen and Birkeland, 2019, s.181). Organiseringsarbeidet, som Allen beskriver som en relativt usynlig praksis, tar plass under formelle organiseringsstrukturer, samtidig som de er vitale for kvaliteten

og effektiviteten i helsetjenesten. Hun beskriver sykepleieres utfordring ligger i at deres egen praksis må behandles som legitim både internt av deres egen profesjon og eksternt overfor helsetjenesten. Dette krever et språk som kan artikulere sykepleieres distinktive organiseringsarbeid og en bedre forståelse av kunnskapene og ferdighetene som ligger bak dette arbeidet (Allen, 2014, s. 136).

### **2.1.1 Rammeverk for sykepleieres forløpsorganisering**

Helsetjenesten er i stor grad preget av uforutsigbarhet, i økende grad som følge av en aldrende befolkning med komplekse behov og multisykdom. Ifølge Allen (2019) brukes sjekklister og definerte pasientforløp som et forsøk på å temme kompleksiteten i helsepraksis, og det er ikke uten verdi, men ifølge Allen vil det alltid være deler av helsetjenesten som ikke kan rasjonaliseres og kontrolleres. De delene av helsetjenesten avhenger heller av det hun kaller «emergent organisation», som karakteriseres ved å drive pågående organisering og forhandlinger. At helsetjenesten fortsetter å underkjenne behovet for pågående organisering mener hun er et viktig gap i eksisterende organisatorisk infrastruktur. Som et svar på dette behovet presenterer Allen (2019) «Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice», et rammeverk for forløpsorganisering som fremhever de viktige, komplekse og i stor grad usynlige bidragene sykepleiere gjør for å koordinere, mobilisere og organisere pasientens helsetjeneste i en kompleks organisasjon. Allen foreslår konseptet som et alternativ til mer vanlige kliniske pasientforløp for å understøtte de uforutsigbare delene av helsetjenesten og sykepleieres rolle i å organisere disse forholdene. Planlegging og utvikling av pasientforløpsbeskrivelser for ulike tilstander eller pasientgrupper bygger vanligvis på logikk og forutsigbarhet, standardisering og rasjonell planlegging. Allens konsept om forløpsorganisering henvender seg i stedet til et behov for fleksibel og pågående organisering for å kunne svare på endringer i pasientens behov. Ifølge Allen er helsetjenesten sammenflettet av standardiserte intervensjoner og prosesser som kan planlegges for, så vel som fremvoksende elementer som krever fleksible handlinger som «beredskap» (Allen et al., 2019).

I sitt konseptuelle rammeverk for sykepleieres forløpsorganisering formaliserer Allen arbeidet gjennom tre komponenter: «trajectory awereness», «trajectory articulation» og «trajectory working knowledge». «Trajectory awareness» omhandler oversikten sykepleiere har over forløpet som det utvikler seg over tid og sted. Det kan blant annet beskrives som arbeidet sykepleiere gjør ved å tolke kunnskap som er relevant for forløpet og arbeidet med å

identifisere unormale prosesser og «hull» i prosessen. Hun skriver at forløp utvikles som følge av endringer i pasientens helse- og omsorgsbehov, endringer i sosiale, organisatoriske og materielle forhold, og «trajectory awareness» referer til arbeidet med å opprettholde oversikt over disse endringene som de utvikler seg (Allen et al., 2019).

«Trajectory articulation» beskriver Allen til å handle om at ting skjer til riktig tid og i riktig rekkefølge. Her bruker sykepleiere organisatoriske kunnskaper og prosessforståelse for å forutse pasientens behov, noe hun definerer som «temporal articulation». Det handler videre om å sikre at det tas integrerte beslutninger rundt pasienten. Allen påpeker et slikt behov ettersom uavhengige aktører kan ta avgjørelser som i seg selv virker rimelige, men som kan skape utfordringer i et større forløpsperspektiv (Allen, 2019). Artikulering av forløpet handler også om å sikre tilgjengelighet av materialer og ressurser som skal støtte pasientforløpet. Dette er en viktig vurdering for sykepleierne å ta, ettersom mangel på utstyr er en viktig årsak til uheldige hendelser, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten (Allen et al., 2019).

«Trajectory working knowledge» handler om oversettelser sykepleiere gjør for å skape nødvendig informasjonsflyt i forløpene. Hun refererer til tolkningsarbeidet sykepleiere gjør for å oversette pasienten til å være «arbeidsobjektet» i en tjeneste til å bli «arbeidsobjektet» i en annen, som i pasientoverganger (Allen & Birkeland, 2019). Sykepleiere er sentrale i dette arbeidet og beskrives som «obligatoriske møtepunkter», som Allen argumenterer for at sykepleierne er fordi de former og mobiliserer nettverket rundt pasienten, som alle andre må passere: «*Det er lite som beveger seg i helsetjenestene uten at en sykepleier har hatt hånd om det*» (Allen & Birkeland, 2019, s. 181). Det involverer komplekse oversettingsprosesser for å skape trygge overganger fra en kontekst til en annen. Allen snakker her om prosessene som involverer å samle informasjon om den pågående organiseringen av pasientforløp. Hun skriver at mennesker ikke ankommer helsetjenesten som klagjorte pasienter; det må arbeid til for å omgjøre dem til «objekter».

Sykepleiere har ansvar for pasientens omsorgsbehov, leger for medisinske behov og terapeuter har ansvar for rehabiliteringsbehov. Pasienter kan på den måten bli forstått ulikt i disse ulike perspektivene. En utfordring med dette er hvordan de ulike forståelsene kan knyttes sammen. Ifølge Allen er «god kommunikasjon» ofte forstått som å formidle omfattende informasjon om pasienten, men god forløpsorganisering handler mindre om omfanget av informasjon og mer om å sikre at riktig informasjon deles i riktig form for riktig

hensikt (Allen et al., 2019). Komponenten «trajectory working knowledge» beskrives av Allen som godt synlig i pasientoverganger, enten interne overganger i sykehus eller over organisatoriske grenser.

## **2.2 Personsentrert praksis**

Et sentralt mål ved kvalitetsutvikling av pasientoverganger er å gjøre tjenesten mer pasientsentrert eller personsentrert (Olsen et al., 2020). Felles for definisjonen av både pasientsentrert og personsentrert er at de står i motsetning til en biomedisinsk modell der pasienter har en passiv og avhengig rolle, der helsepersonell er beslutningstakeren. Et hovedpoeng med pasientsentrerte modeller er at økt pasientinvolvering gir pasienter mer makt over eget liv og over beslutninger rundt egen helse (Olsen et al., 2020).

Professor innen sykepleieforskning Brendan McCormack (2003) presenterer et konseptuelt rammeverk for personsentrert praksis for eldre personer. Rammeverket er utviklet basert på en studie som utforsket meningen av autonomi for eldre pasienter i sykehus. Rammeverket fremhever partnerskap som utvikles mellom sykepleiere og eldre pasienter. Her er pasientens individuelle rettigheter drivkraften, der ideen bak konseptet er å respektere pasientens rett til å bestemme, noe som har resultert i et skifte i beslutningstaking. Dette krever ifølge McCormack at helsepersonell tenker utover det å «kurere» og teknisk kompetanse, til å utøve en mer holistisk fremgangsmåte som også inkluderer verdier. Å jobbe personsentrert betyr at relasjonen mellom fagfolk og pasient er basert på gjensidig tillit, forståelse og det å dele av samlet kunnskap (McCormack, 2003). I hans rammeverk handler det å skape relasjoner spesielt om å det han kaller «uperfekte plikter». Han vektlegger: At beslutninger skal tas gjennom informasjonsdeling, det å anerkjenne andres verdier som like viktig som egne i beslutningstaking, det å forklare intensjonen bak handlinger, det å «forhandle» med pasientens synspunkter som ekte, og det å vise engasjement som anerkjenner det unike ved den individuelle personen (McCormack, 2003).

Han trekker frem tre faktorer som tilrettelegger for personsentrert praksis: Pasientens verdier, sykepleiernes verdier og ekspertise, og omsorgskonteksten. Respekt for pasientens verdier er sentralt for personsentrert praksis. Men selv om pasientens verdier skal være dominerende, bidrar også sykepleieres verdier og kunnskap i prosessen og McCormack peker på at dersom

det er et reelt partnerskap mellom sykepleier og pasient, kan sykepleierens verdier hjelpe pasienten å forstå hvilke muligheter pasienten har (McCormack, 2003). I tillegg til å fremheve pasientens og sykepleiernes verdier, skriver McCormack også om at konteksten der omsorg utspiller seg enten kan fremheve eller begrense det å drive personsentrert praksis. Sykepleiere opplever at de ikke står fritt til å oppfylle en moralsk forpliktelse uten å vurdere organisatoriske og profesjonelle implikasjoner. Sykepleiere kan derfor bli stående i et dilemma der de på en side forventes å engasjere seg i pasienters autonome beslutninger, men på en annen side kan de fratas denne muligheten av helsepolitiske hensyn og retningslinjer. Der sykepleieres frihet er grunnleggende for personsentrert praksis, mener McCormack at kontekstuelle forhold som systemer for beslutningstaking, organisasjonssystemer og ulikheter i maktforhold er funnet å ha like stor betydning (McCormack, 2003).

### **2.2.1 «Hva er viktig for deg?»**

I norsk sammenheng fulgte Olsen og medforfattere (2020) arbeidet til helsepersonell som deltok i et nasjonalt forbedringsprosjekt der et sentralt mål var å gjøre tjenesteoverganger mer pasientsentrerte. I prosjektet ble spørsmålet «Hva er viktig for deg?» utvalgt som en måte å tilnærme seg pasientsentrert praksis. I studien intervjuet de 20 helsepersonell om deres opplevelse av spørsmålet i henhold til å forbedre pasientoverganger for eldre, kronisk syke personer. De fant at å spørre pasienten om hva som er viktig for dem kan synes som et enkelt spørsmål, men at det å bruke det i praksis er en kompleks prosess som krever profesjonell kompetanse. De skiller mellom spenningen mellom pasientens personlige mål som er relatert til mindre og større ting i pasientens liv, og den profesjonelles mål som nærmest uunngåelig blir dratt mot oppgaver som omhandler sykdom og funksjon. Og dersom helsepersonell forstår sitt ansvar som begrenset til å forbedre pasientens fysiske funksjon og uavhengighet, kan spørsmål om hva som er viktig for pasienten begrenses til dette. Pasientsentrerte mål sikter samtidig mot å inkludere ulike dimensjoner av den eldre pasientens liv (Olsen et al., 2020).

I studien fant man at dersom spørsmål om «hva som er viktig for deg» oversettes til profesjonelle mål, kan meningen med spørsmålet begrenses, noe som kan medføre at de egentlige intensjonene av spørsmålet forsvinner. I tillegg til å overkomme distansen mellom personlige og profesjonelle mål, måtte helsepersonell også forholde seg til mål på systemnivå. Deltakerne fryktet at de ikke kunne møte behovene til pasientene med nåværende

kontekstuelle rammer rundt overganger. De forsøkte å få spørsmålet til å passe med det de trodde de kunne tilby pasienten, noe som kunne se ut til å lede deltakerne til en oppgaveorientert fremgangsmåte. Forfatterne påpeker at uten riktige endringer på makro og mesonivå risikerer man at «Hva er viktig for deg?» kan bli nok et slagord som forsterker en allerede eksisterende praksis (Olsen et al., 2020).

## **2.3 Organisatorisk kompetanse**

Orvik beskriver at det krever overblikk og overskudd for sykepleiere å få grep om en rolle som koordinator og arbeidsleder. Ofte kan det være overraskende for nyutdannede sykepleiere at oppgavene omkring organisering viser seg å være en så stor del av arbeidet (Orvik, 2009). Sykepleieres oppgaver har utviklet seg fra å utøve relativt fastsatte prosedyrer til å omfatte et større omfang av planlegging, utførelse og koordinering av pasientforløp (Krøll & Hansen, 2000). Dette fordrer organisatorisk kompetanse, som blant annet handler om hvordan sykepleiere på en reflektert måte håndterer mulige spenninger mellom hensyn til pasienten, hensyn til forhold i egen arbeidshverdag og krav om effektivitet (Orvik, 2009). Det er viktig å vektlegge denne kompetansen når nyutdannede sykepleiere introduseres til klinisk arbeid (ibid.). Organiseringskompetansen er kunnskap i handling. I dette mener han det å mestre rollen som arbeidsleder samt å vise evner til omstilling (Orvik, 2009). Her snakker Orvik om samarbeid, ledelse og endring som kjennetegn av kompetansen. Han begrunner behovet med at profesjoner i større grad påvirker- og er avhengig av å samarbeide over grenser i helsetjenesten (Orvik, 2009). Orvik snakker om at klinisk og organisatorisk kompetanse må sees som gjensidig avhengig av hverandre, begge deler må være til stede for å sikre forsvarlig praksis og for at nyutdannede sykepleiere skal kunne mestre sin rolle (Orvik, 2009)

### 3 Metode

I kapitlet som presenteres vil jeg beskrive bakgrunn for valg av forskningsdesign, redegjøre for min forforståelse, beskrive prosessen for hvordan jeg har gått frem for å samle inn det empiriske materialet, beskrive etiske overveielser og redegjøre for hvordan datamaterialet er analysert.

#### 3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign

Den metodiske tilnærmingen avhenger av hva problemstillingen i prosjektet skal belyse (Malterud, 2017). For å utforske sykepleieres utskrivningsarbeid og samarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam, var sykepleieres erfaringer utgangspunktet for å innhente det empiriske materiale til studien. En kvalitativ fremgangsmåte anses som hensiktsmessig ettersom jeg ønsker å utforske nyanser i opplevelser og erfaringer av fenomener (Tjora, 2021). Utskrivningsprosesser for eldre pasienter består av forhold som kan være komplekse og sammensatt av ulike problemstillinger, noe kvalitative metoder kan åpne for å utforske (Malterud, 2017). Ved å utforske temaet i et kvalitativt perspektiv åpnes det for rike beskrivelser og et mangfold av mulige svar fremfor å måle effekt eller kartlegge omfanget av et fenomen, slik kvantitative forskningsmetoder kjennetegnes ved (Malterud, 2017).

#### 3.2 Forforståelse

Ettersom jeg ønsket å undersøke sykepleieres opplevelser og erfaringer rundt et fenomen, aktet jeg å støtte meg til en hermeneutisk vitenskapstradisjon, dette fordi hermeneutikken er egnet når det omhandler spørsmål om forståelse og fortolkning (Thornquist, 2018, s. 167). Sentralt for hermeneutikken er forforståelsen, fordi man alltid har erfaringer «*som er med og bestemmer det vi forstår- og fortolker*» (Thornquist, 2018, s. 171). Forforståelsen er ifølge Gadamer «*de individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag*» (Gadamer, 2004, referert i Malterud, 2017, s. 44). Forforståelsen kan beskrives som en ryggsekk jeg har med inn i prosjektet, hvor det som er inni sekken hele veien vil ha betydning for måten jeg innsamler og analyserer det empiriske materialet på (Malterud, 2017, s. 44). Forforståelsen er ofte motivasjonen bak starten på et forskningsprosjekt, noe som på den ene siden kan fungere som en styrke til



prosjektet. Samtidig kan forforståelsen bidra til å overdøve «budskapet fra det empiriske materialet» (Malterud, 2017, s. 45).

Min forforståelse er preget av mine erfaringer som sykepleier fra klinisk praksis gjennom ti år. Jeg opplever at utskrivningsarbeid de siste årene i større grad opptar sykepleieres rolle, der prosessen ofte består av komplekse oppgaver og tidkrevende prosesser som legger beslag på mye ressurser. Jeg har selv hatt ansvar for å sammenstille utskrivningsforløp for eldre pasienter med sammensatte behov, og har derfor erfaringer om hvilke utfordringer som kan oppstå i arbeidet. Jeg er derfor nysgjerrig på hvordan samarbeid med pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) innvirker på sykepleieres utskrivningsarbeid. Jeg har selv ingen erfaring fra å henvise eller samarbeide med et slikt team, samtidig som jeg har noen antakelser om hva teamet er og gjør gjennom tidligere forskning om teambaserte arbeidsformer og ved å lese om det aktuelle teamet. Å forske på et felt som jeg på en side har førstehåndserfaringer fra og på en annen side ikke, ser jeg på både som en styrke og begrensning i prosjektet. Det at jeg har lang kunnskap om utskrivningspraksis medvirker til at jeg kan stille relevante spørsmål og har innsikt i relevante forhold om forskningstemaet (Tjora, 2021). Samtidig kan erfaringer utfordre min forforståelse dersom jeg bringer inn mange ensidige forståelser (Tjora, 2021, s. 280), noe som kan utfordre evnen til refleksivitet. Refleksivitet omhandler det å innta en aktiv holdning der jeg konfronterer og utfordrer egne forståelser som bringes inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 19). Malterud beskriver at det er urealistisk å tenke at forskeren er en usynlig del av forskningsprosessen, man må heller stille spørsmål til *hvordan* produktet påvirkes av egen posisjon gjennom forskningsprosessen (Haraway, 1991, referert i Malterud 2017, s. 42). Jeg vil i analysekapitlet og i kapittel om metodekritikk beskrive nærmere hvordan min forforståelse har påvirket prosjektet.

## **3.3 Innsamling av data**

### **3.3.1 Intervju**

Studiens empiriske datamateriale er innhentet gjennom individuelle kvalitative intervju av sykepleiere fra fire ulike sengeposter i spesialisthelsetjenesten. Intervju som metode egnes for å utforske menneskers «meninger, erfaringer og holdninger» ved et fenomen (Tjora, 2021, s. 128) og ble derfor ansett som hensiktsmessig metode for prosjektet. Intervju har som mål å skape en åpen samtale rundt noen definerte og forhåndsbestemte temaer (Tjora, 2021), der intervjuers jobb er å legge til rette for at deltakerne kan formidle egne historier (Polit And Beck, 2020, s. 514). Jeg hadde utvalgte temaer jeg ønsket å spørre om, samtidig som jeg på forhånd ikke kunne forutse hva svarene ville bli (Polit & Beck, 2020). Ifølge Malterud er en forutsetning for å skape relevante empiriske data at intervjueren ikke har svarene klare før samtalen finner sted (Malterud, 2017, s. 69-70).

Det finnes også andre metoder som kunne belyst problemstillingen. Observasjon som metode egner seg for å studere det folk gjør, noe som kunne vært en interessant fremgangsmåte for å studere handlingene i samarbeidet. Samtidig er det informantens egne opplevelser av et tema jeg ønsker å undersøke, og mener derfor intervju som metode er egnet tilnærming for mitt prosjekt. Fokusgruppeintervju kunne vært en annen fremgangsmåte for å undersøke sykepleiernes erfaringer. Fokusgrupper egner seg for undersøkelser av nye områder ettersom en samtale med flere deltakere kan bringe frem flere spontane meninger enn ved individuelle intervju. Gruppedynamikken kan samtidig redusere moderatorens oversikt over intervjuet og medføre et noe uoversiktlig preg over intervjumaterialet. (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015, s. 179-180). Ettersom jeg har lite erfaring med intervjusettinger og på grunn av utfordringer tilknyttet rekruttering, valgte jeg individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju.

### **3.3.2 Utvalg og rekruttering av informanter**

Utvalget i masterprosjektet er valgt ut strategisk, dette innebærer at jeg spesifikt søkte deltakere som kunne formidle rike beskrivelser av temaet (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 29). Jeg ønsket i utgangspunktet å intervju to sykepleiere fra to ulike kirurgiske avdelinger. Dette planla jeg både fordi jeg ønsket å avgrense utvalget til et definert arbeidsområde (kirurgi), samtidig som jeg ønsket å få et større bilde av samarbeidet og tenkte derfor at to avdelinger

kunne åpne for både likhetstrekk, men også mangfold ettersom alle avdelinger kan arbeide med utskrivningsprosesser på ulike måter. Inklusjonskriteriene jeg hadde satt for å delta i prosjektet var at deltakerne var sykepleierne som hadde arbeidet ved aktuell avdeling i minimum to år og at de hadde erfaring fra samarbeid med teamet, og at de gjerne hadde samarbeidet med dem ved flere tilfeller.

Jeg kontaktet avdelingsledere ved aktuelle sengeposter per telefon for å etablere muntlig kontakt, før jeg sendte utdypende informasjon samt informasjonsskriv om prosjektet på e-post. Avdelingslederne virket positive til forespørselen og skulle snakke med potensielle deltakere til prosjektet. En deltaker viste raskt interesse for prosjektet og ønsket å stille til intervju og første intervju ble gjennomført i september 21. Det tok lengre tid enn jeg hadde tenkt fra jeg hadde første intervju til neste. Jeg kontaktet flere avdelingsledere ved kirurgiske avdelinger, hvor flere var positive til prosjektet, men informantene uteble. Lederne viste til at informasjonen var videresendt til sykepleiere i avdelingene, som selv ville ta kontakt hvis de var interesserte i å delta. Jeg sendte en ny epost etter en uke for å undersøke om de hadde funnet noen aktuelle sykepleiere. Etter dette fikk jeg rekruttert en informant til, en måned etter første intervju. Det var i starten av oktober 2021. Det viste seg etter det andre intervjuet å være krevende å rekruttere flere informanter ved kun å se til kirurgiske avdelinger. Jeg så nødvendigheten av å utvide utvalgsstrategien til å gjelde også medisinske avdelinger, i samråd med veileder. Jeg innså samtidig at det hadde liten betydning om informantene kom fra medisinske eller kirurgiske avdelinger ettersom prosjektet omhandler sykepleieres erfaringer til samarbeid med teamet om utskrivning og ikke om behandlingen i avdelingene.

Jeg kontaktet flere avdelinger, noen var positive til prosjektet og andre uttrykte at de ikke hadde samarbeidet med teamet på lang tid og ønsket derfor ikke å delta i prosjektet. Jeg snakket med veileder om dette, og vi ble enig om at for at jeg skulle få rekruttert flere informanter skulle hun ta kontakt med ledere for teamet for å høre hvilke avdelinger de hadde samarbeidet med. Hun fikk navn på ledere ved noen avdelinger og kontaktet dem med spørsmål om å være behjelpelig med rekruttering. Dette resulterte i rekruttering av tre informanter, fra tre ulike sengeposter, to fra medisinske og en fra kirurgisk avdeling. Altså kommer studiens deltakere fra fire ulike sengeposter, to fra kirurgisk sengepost og to sykepleiere fra medisinsk sengepost. De tre siste intervjuene ble gjennomført i løpet av slutten av oktober 2021. Til sammen har jeg intervjuet fem sykepleiere, men det første intervjuet anses som et prøveintervju, noe jeg vil utdype nærmere under gjennomføring av intervjuene.

Utgangspunktet for prosjektet var et ønske om å snakke med sykepleiere som har samarbeidet med PSHT, det vil si at jeg ønsket deltakere med spesifikke erfaringer om temaet. Hvor stort utvalg som er nødvendig, avhenger av informasjonsstyrken i utvalget (Malterud, Siersma et al. 2015, referert i Malterud 2017, s. 63). Jeg synes det var vanskelig å vurdere hvor mange intervju jeg skulle gjennomføre, og hadde ikke satt meg et bestemt antall sykepleiere som definerte utvalget fra starten av prosjektet. Jeg ville se hvordan intervjuene forløpte, hvordan beskrivelsene kom frem i under transkripsjonsfasen og vurdere antallet underveis i prosessen. Samtidig var rekrutteringsprosessen utfordrende, og etter jeg hadde intervjuet fire sykepleiere i tillegg til det som anses som et prøveintervju bestemte jeg meg for at antall deltakere sett i sammenheng med prosjektets omfang var tilstrekkelig for å belyse aktuell problemstilling. Malterud (2017, s. 63) beskriver at utvalgsstyrken må sees i sammenheng med «*studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet angående problemstillingen, studiens grad av teoretisk forankring, kvaliteten i dialogen, samt analysestrategien som er valgt*». Sykepleierne som ble inkludert i studien hadde arbeidet i avdelingen mellom 2 og 11 år, de hadde bred erfaring fra utskrivningspraksis og alle hadde samarbeidet med PSHT ved flere tilfeller. På den måten anser jeg utvalget som å være egnet til å belyse problemstillingen. Samtalen i intervjuene fløt lett, og informantene fremstod som engasjert rundt spørsmålene for intervjuet, noe jeg mener bidrar til å styrke begrunnelsen for å velge fire deltakere til prosjektet. Jeg viser til oversikt over deltakerne i tabellen under.

<b>Om deltakerne</b>	
<b>Kjønn</b>	
Kvinner	4
<b>Stilling</b>	
Sykepleier	4
Arbeidserfaring	2-11 år
<b>Videreutdanning, antall</b>	2
<b>Avdeling</b>	
Kirurgisk	2
Medisinsk	2
<b>Samarbeid med PSHT, antall ganger</b>	
Sykepleier 1	2
Sykepleier 2	4-8
Sykepleier 3	5
Sykepleier 4	4

### 3.3.3 Gjennomføring av intervju

Veileder deltok som observatør på det første intervjuet (som jeg definerer som et prøveintervju), noe som var veldig gunstig siden jeg aldri hadde vært i en slik setting tidligere. Intervjuet ble gjennomført fysisk på et kontor ikke langt fra deltakerens arbeidsplass. Jeg snakket først litt om informantens rettigheter, om tidsperspektiv på intervjuet, og fikk godkjenning til bruk av lydopptaker. Det andre intervjuet ble gjennomført digitalt via teams. Deltakeren fikk ikke koplet seg på video, så samtalen hadde kun lyd. Jeg hadde på min skjerm slik at informanten kunne se meg. Det fungerte fint selv om det optimale hadde vært om jeg og kunne se deltakeren, spesielt for å få frem sykepleierens ansiktsuttrykk og kroppsspråk. De tre siste intervjuene ble gjennomført digitalt via teams med video. Jeg innhentet samtykke og fikk godkjenning til bruk av lydopptak før intervjuene startet.

De første spørsmålene i intervjuguide, (se vedlegg 2) handlet om bakgrunnsinformasjon om sykepleierne, som hvor lenge de hadde jobbet, og hvor mange ganger de hadde samarbeidet med teamet. Det viste seg her at den første informanten ikke hadde førstehåndserfaring fra samarbeid med teamet. Intervjuet ble gjennomført som planlagt og jeg ble enig med veileder om å transkribere det for å få et overblikk over datamaterialet. Selv om sykepleieren hadde meninger om samarbeidet som kom frem i transkripsjonen kom jeg frem til at jeg ikke ville bruke dette intervjuet i analysen. Dette fordi deltakeren ikke hadde selvopplevde erfaringer fra samarbeide, hun var altså utenfor rekrutteringskriteriene. Samtidig var intervjuet en fin anledning til å bli kjent med en intervjusetting og en øvelse i å bli mer komfortabel med taushet i samtalen. Det var spesielt under transkripsjonen at jeg opplevde at jeg kanskje hadde hoppet litt for raskt over til neste tema i selve intervjusituasjonen. Jeg reflekterte mer over dette til de neste intervjuene, om å tillate pauser i samtalen, som igjen gir deltakerne tid til å reflektere og til selv å bryte stillheten med det de vil fortelle (Kvale et al., 2015, s. 167). På den måten anser jeg det første intervjuet som et pilotintervju.

Jeg ønsket å starte intervjuene med å stille åpne og enkle spørsmål, som for eksempel å beskrive hva de gjorde i en utskrivningsprosess, sett fra deres ståsted. Jeg opplevde at dette ga deltakerne rom for å snakke åpent om sine erfaringer fra utskrivningspraksis, hvor det også fremkom beskrivelser av samarbeidet. For eksempel kom flere deltakere inn på samarbeidet under det første spørsmålet, selv om spørsmålene tilknyttet samarbeidet kom lengre ut. Jeg tenkte først at det kanskje kom til å bli rotete under transkribering og analysedelen prosjektet, samtidig som jeg i etterkant ser verdien av de frie beskrivelsene som kom som spontane

reaksjoner på spørsmålet. Dette var beskrivelser som senere viste seg å ha betydning da jeg skulle skrive fram resultatene i studien. Tjora (2021) beskriver at intervjuets kvalitet er grunnlagt på tillit mellom forsker og deltaker. At intervjuer legger til rette for at informanten kan snakke litt vidt om sine erfaringer i starten av intervjuet kan bidra til en mer avslappet stemning rundt intervjusettingen (Tjora, 2021).

Samtidig som det er viktig å skape rom for en uformell situasjon, er det meg som intervjuer som setter rammene for intervjuet (Tjora, 2021, s. 133). Dette kom tydelig frem gjennom utforming og bruk av intervjuguiden. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan man ikke betrakte et forskningsintervju som en helt fri samtale på grunn av det ulike maktforholdet mellom intervjuer og deltaker. Jeg hadde utformet definerte spørsmål basert på spesifikke temaer, og det var jeg som avgjorde hvilke svar som ble fulgt opp. På den måten er ikke et forskningsintervju «*en dagligdags samtale mellom to likestilte partnere*» (Kvale et al., 2015, s. 52). Fire hovedtemaer satte rammene for intervjuet, noe som bidrar til å gjøre det enklere, både for meg som intervjuer og deltakeren å ha orden på spørsmålene (Tjora, 2021).

Hovedtemaene for intervjuguiden var: Generell utskrivningspraksis for eldre pasienter med behov for kommunale tjenester etter innleggelse, om hvordan sykepleierne fikk vite om teamet og bakgrunn for henvisning, om roller og ansvar i samarbeidet og om arbeidsform og kvalitet på utskrivelser i samarbeidet.

Under temaene hadde jeg ferdigformulerte spørsmål, samt stikkord som jeg kunne følge opp spørsmålene med. Evne til å stille gode oppfølgingsspørsmål var gjennom intervjuene en øvelse for meg som ikke har drevet kvalitativ forskning tidligere. Stikkordene var på en side til hjelp for å få deltakerne til å utdype sine svar, men samtidig ville jeg også følge deltakernes egne og spontane beskrivelser. For eksempel fremstod «hjemmebesøk» i samarbeidet som et viktig fenomen for sykepleierne, noe jeg selv ikke hadde erfaringer med. Det var desto viktigere for meg å åpne opp for disse beskrivelsene. Tjora beskriver at forskerens jobb er å stille spørsmål som både gjør det mulig for informanten å gå i dybden rundt det de forteller, samtidig som det er viktig å åpne opp for temaer som ikke var planlagt før intervjuene, men som fra deltakers perspektiv kan anses som viktig (Tjora, 2021, s. 128). Her var jeg spesielt opptatt av å stille spørsmål som «forstår jeg det rett hvis..». Det var og viktig for meg å stille utdypende spørsmål, som når en deltaker svarte «trygg utskrivning» på spørsmål om hva teamet bidro til for henne som sykepleier. Jeg spurte på hvilken måte hun mente dette, hvor deltakeren på en mer beskrivende måte reflekterte rundt spørsmålet.

### **3.3.4 Transkribering av intervju**

Jeg transkriberte hvert intervju fortløpende, noe jeg opplevde som viktig for å raskt komme tilbake til stemningen i intervjukonteksten. Transkripsjonsfasen var en tidkrevende og samtidig lærerik prosess. Jeg lyttet til intervjuene flere ganger for å være sikker på at jeg fikk med meg alt som ble sagt. I noen uttalelser var det vanskelig å høre hva som ble sagt, noe som gjorde at jeg gikk tilbake flere runder for å forsikre meg om at transkripsjonen samsvarte med det informantene fortalte. Jeg gikk inn i prosessen med utgangspunkt i å detaljert skrive frem intervjuene, der jeg skrev frem både pauser (...), latter (ler) og ord som «mm», «ja ikkesant», både fra meg selv og fra informantene.

## **3.4 Etiske overveielser**

Ettersom prosjektet behandler personopplysninger, var masterprosjektet pliktig til å meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD vurderte prosjektet 16.07.21 (viser til vedlegg nr. 3). Vurderinger av etiske problemstillinger bør være gjeldende fra starten til slutten av en forskningsprosess (Kvale et al., 2015). Deltakelse i prosjektet baseres på informert samtykke, i samsvar med Helsinkideklarasjonen (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv med informasjon om prosjektet, om hvordan opplysninger ville behandles, om at deltakelse var frivillig og om deres rettigheter (Se vedlegg 1) i forkant av intervjuene. Før starten av alle intervjuene ble informert samtykke innhentet skriftlig, og deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke tilbake samtykke uten å oppgi årsak. Jeg informerte videre deltakerne om å være oppmerksom på å ikke gi beskrivelser som kunne identifisere pasienter. Dette ble ikke et problem under noen av intervjuene.

Samtykkene er oppbevart i låst skap hos veileder. Lydopptak ble ved prøveintervjuet praktisert ved bruk av diktafon tilhørende UiT, som like etter intervjuet ble overført til mitt studentområde på UiT.no som jeg har tilgang til via to-faktorautentisering. Lydopptak ble ved de andre fire intervjuene innhentet gjennom nettskjema-diktafon-appen som jeg lastet ned på min mobiltelefon. Opptakene ble sendt kryptert til nettsiden «nettskjema» etter intervjuene var avsluttet. Lydfiler og personopplysninger slettes ved prosjektets slutt i henhold til planen som er vurdert og godkjent av NSD. Gjenkjennbare beskrivelser av avdelinger og av informantene ble under transkribering anonymisert.

Vi mener teamets særegne arbeidsform og organisering, og selve samarbeidet mellom sykepleierne og teamet vanskelig kan beskrives uten å presentere Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) ved sitt egentlige navn. I dette prosjektet har vi derfor valgt ikke å anonymisere PSHT, og dermed heller ikke hvilket helseforetak studien er utført ved. Vi mener dette kan forsvares fordi intervjuene er gjennomført i et helseforetak med flere sykehus med en rekke avdelinger, både kirurgiske og medisinske, noe vi vurderer sikrer anonymiteten til sykepleierne som har deltatt i studien. PSHT er ikke intervjuet, og det fremkommer ikke informasjon i oppgaven som kan identifisere medarbeidere i PSHT.

I forbindelse med prosjektet er det utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) i samråd med veileder. ROS-analysen ble levert inn til studieleder ved UiT før jeg startet rekrutteringsarbeidet.

### **3.5 Analyse**

Datamaterialet er i denne studien analysert etter tematisk analyse. Tematisk analyse omhandler det å se etter temaer, nærmere bestemt «*gruppering av data med viktige fellestrekk*» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018, s. 279). I tematisk analyse skal temaene til sammen danne svaret på forskningsspørsmålet. Samtidig tillater analysestrategien å starte prosessen med mer åpne spørsmål som «hva handler dette om?», det vil si at metoden ikke forutsetter at man har et ferdig formulert forskningsspørsmål klart før analyseprosessen starter. Det er ofte underveis i analyseprosessen at man oppdager forskningsspørsmålet, fordi man ser at materialet kan svare på andre spørsmål enn det man hadde sett for seg i starten (Johannessen et al., 2018, s. 280), noe som stemte veldig for mitt prosjekt.

Tematisk analyse består av fire faser, selv om ordet fase må nyanseres, ettersom analyseprosessen vanskelig har latt seg avgrense til klare faser eller steg (Johannessen et al., 2018, s. 283). Jeg har ofte gått frem og tilbake mellom fasene i analysen, samtidig som det har vært viktig å forholde meg til noen rammer for prosessen, herunder har de fire fasene vært nyttige. Tematisk analyse omhandler både frihet til å oppdage spørsmål underveis, samtidig som tilnærmingen består av en viss struktur. Av den grunnen anser jeg fremgangsmåten som egnet og hensiktsmessig strategi for prosjektet. Problemstillingen omhandler å undersøke sykepleieres opplevelser med utskrivningsarbeid og fra et samarbeid med et PSHT om



utskrivning av eldre pasienter. Jeg hadde forut intervjuene definert tre forskningsspørsmål som ble formulert på bakgrunn av min forståelse av sykepleieres utskrivningsarbeid. Men etter intervjuene og underveis i analysen oppdaget jeg at materialet inneholdt beskrivelser som fordret at jeg måtte omforme forskningsspørsmålene, noe jeg vil beskrive i analyseprosessen under.

I første fase av tematisk analyse handler det om å skaffe oversikt over datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 283). Etter intervjuene satt jeg igjen med noen tanker om hva dette handlet om, men som samtidig var vanskelig å konkretisere. Det å bruke god tid på å lytte til og lese intervjuene hjalp meg til å komme tilbake til samtalen mellom meg og deltakerne og tillot at poengene fremkom tydeligere. Jeg valgte å skrive ned noen stikkord om interessante sider av materialet, men forsøkte å ikke henge meg opp i detaljer på dette stadiet, slik Rafoss og Johannessen et al. (2018) påpeker.

Den andre fasen, koding, omhandler det «å fremheve og sette ord på viktige poenger» i datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 284). Jeg startet prosessen med å markere det jeg anså som viktige poenger i materialet, og knyttet stikkord i marginen til de markerte utdragene (Johannessen et al., 2018). I denne fasen har jeg hentet inspirasjon fra Aksel Tjoras stegvis-deduktive induktiv metode, der kodingen foregår i nær tilknytning til empirien som presenteres (Tjora, 2021). Et poeng her er at kodene skal ligge nært deltakernes utsagn og «*ivareta det helt spesifikke i materialet*» (Tjora, 2021, s. 218). Jeg ønsket å følge Tjoras tekstnære koding fordi jeg ville være tro mot deltakernes beskrivelser og redusere påvirkning fra min forforståelse og teorier i denne fasen. Tjora beskriver at induktiv empirinær koding gjør det mulig å begrense «*påvirkningen av forventninger og teorier som enhver forsker mer eller mindre eksplisitt vil trekke med seg inn i analysen*» (Tjora, 2021, s. 218)

Videre jobbet jeg i en tabell i word, og deretter i excel for å gjøre prosessen mer oversiktlig. Da satte jeg opp en kolonne med «datamateriale», «kode», «underkategori» og «kategori». Kodene fra intervjuene fikk ulike farger for å holde oversikt over hvor de kom fra. Denne prosessen brukte jeg mye tid på, både fordi jeg ville kode tekstene grundig, men også fordi jeg ikke fikk helt tak i hva datamaterialet besvarte i forhold til de tentative forskningsspørsmålene. Kodefasen som ledet meg over til kategoriseringsfasen (fase 3) gjorde meg bevisst på at jeg måtte avgrense og spesifisere hva materialet egentlig svarte på. Det ble mange (12) kategorier som overlappet hverandre. For eksempel hadde jeg to kategorier i den første koderunden hvor den ene het «samhandling kan være vanskelig» og den andre «ulike

meninger om pasientens behov». I denne fasen innså jeg både at jeg kunne slå sammen kategorier og jeg forstod at forskningsspørsmålene ikke var avgrenset nok (Johannessen et al., 2018). Her møtte jeg også min forforståelse. Jeg hadde tenkt at materialet ville svare på spørsmålene jeg hadde satt, men i stedet måtte jeg legge til side mine forventninger og heller åpne for nye spørsmål basert på det materialet formidlet. Den første runden med koding var samtidig ikke «til ingen nytte», derimot ledet den meg frem til nye forskningsspørsmål. Flere runder med koding er ofte nødvendig siden spørsmål kan endre seg i kodeprosessen, og det er i den første runden med koding vanlig at man ser antydninger til «*forskningsspørsmål som dataene er særlig egnet til å besvare*» (Johannessen et al., 2018, s. 292). Etter nye runder med koding satt jeg igjen med 45 koder som ledet meg på nytt over i kategoriseringsfasen, der hensikten er å sortere datamaterialet som har ting til felles i kategorier som kalles analysens temaer, som senere representerer prosjektets resultat (Johannessen et al., 2018). De nye forskningsspørsmålene satte rammen for kategoriseringsfasen. Johannessen og Raufoss et al. (2018) sier det er hensiktsmessig å ha noen avgrensede spørsmål og deretter utforme kategorier som svarer på disse. Dersom man ikke har dette kan kategoriene bli sprikende, som jeg erfarte tidligere i analyseprosessen (ibid).

Spørsmålene jeg stilte materialet på bakgrunn av kodefase var «Hva kjennetegner utskrivningspraksis?», «Hvilke forutsetninger legges til grunn for å optimalisere pasientens hjemmesituasjon og tjenester?» og «Hvilken betydning har samarbeidet for sykepleiernes utskrivningsarbeid?». Det første temaet omhandlet sykepleiernes beskrivelser av den generelle utskrivningspraksisen. Det andre temaet handlet både om sykepleiernes beskrivelser av utfordringer rundt definering av pasientens tjenestebehov og om samarbeid med PSHT. Jeg plasserte først beskrivelser av definering av tjenestebehov i det første temaet fordi det syntes å handle om kjennetegn ved utskrivningspraksis. Men underveis i analyseprosessen valgte jeg å flytte temaet til tema to fordi jeg forstår det sykepleierne beskriver som betingelser for å kunne optimalisere pasientens hjemmesituasjon og tjenester. Det siste temaet sikter både mot å formidle sykepleierne beskrivelser omkring samarbeidets betydning for deres arbeidsform og hvilken kunnskap de tar med seg, og til slutt hvilken betydning roller og ansvar i samarbeidet har for sykepleiernes utskrivningsarbeid. Jeg vil videre presentere temaene og medfølgende resultat.

Tema 1: Sykepleierne planlegger og organiserer utskrivelsen, men forventer at uforutsette ting skjer

Tema 2: Forutsetninger for optimalisering av pasientens hjemmesituasjon og tjenester

Tema 3: Samarbeidets betydning for sykepleiernes utskrivningsarbeid

- Sykepleierne tenker annerledes om utskrivning
- Roller og arbeidsdeling

## 4 Resultater

Sykepleierne kjente alle igjen pasientgruppen «eldre pasienter med flere sykdommer eller omfattende funksjonssvikt som ofte vil ha behov for kommunale tjenester i etterkant av sykehusopphold, og derfor kan ha et koordineringsbehov både under- og i etterkant av sykehusoppholdet». *Det er ofte eldre pasienter som har sammensatte sykdommer (...)* (1). «*Vi har jo ganske mange pasienter som har sammensatte sykdommer* (3). Alle gav uttrykk for å ha erfaring med utskrivningsarbeid for aktuell pasientgruppe og at pasienter som hadde et større hjelpebehov ved utskrivning enn før innleggelsen ofte var eldre med sammensatte behov. I den første delen presenterer jeg hvordan sykepleierne beskriver sin utskrivningspraksis ved avdelingene. I del to presenterer jeg hvilke forutsetninger de opplever at de har for å optimalisere pasientens livssituasjon og tjenester, der samarbeidet med teamet er sentralt. I del tre presenterer jeg hvilken betydning sykepleierne opplever at samarbeid med teamet har for sykepleiernes utskrivningsarbeid.

### 4.1 Sykepleierne planlegger og organiserer utskrivelsen, men forventer at uforutsette ting skjer

Sykepleierne var opptatt av å starte utskrivningsplanlegging tidlig dersom pasienten hadde kommunale helsetjenester fra før og dersom sykepleierne vurderte pasientens hjelpebehov som større ved utskrivning enn ved innleggelse. Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune skal sikre nødvendig samhandling mellom nivåene. For pasienter som mottar tjenester fra kommunen er sykepleiere pliktig til å sende tidligmelding til kommunen innen 24 timer etter innleggelse i sykehus. I tidligmeldingen skal det fremkomme informasjon om pasientens helsetilstand, hjelpebehov og forventet utreisetidspunkt. De formaliserte samhandlingspliktene var godt forankret i sykepleiernes arbeidshverdag: En sykepleier fortalte:

*«Vi er pliktig til å tidligmelde dem hvis de har hjemmetjeneste. Og sende en tidligmelding og da skrive hva de er innlagt for, og hva vi har startet av behandling, og så må man gi et slags estimat på hvor lenge vi tror de blir innlagt»* (2).’

En av sykepleierne gav uttrykk for at tidligmeldinger både ble benyttet for å *informere* kommunen om innleggelsen, men også for å *forberede* kommunen som en «føre var» strategi på at pasienten potensielt ville få et økt behov for kommunale tjenester etter planlagt kirurgi:

*«Så sender vi gjerne en tidligmelding til tildelingskontoret i kommunen om at vi har en pasient som skal opereres, og at vi ser at det er mulig økt behov for hjelp i etterkant (1).*

Sykepleierne arbeidet på den ene siden med å opprettholde elektronisk dialog om pasientens forløp samtidig som de gjorde vurderinger av pasientens funksjonsnivå, behov for ulike hjelpemidler og vurdering av eksisterende tjenester mot behov for forsterkede tjenester fra kommunen. Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune legger føringer om at dersom pasienten har endret eller nye hjelpebehov skal sykehuset sende fortløpende helseopplysninger via det elektroniske skjemaet «helseopplysning». I dette dokumentet skal det blant annet fremkomme beskrivelser av pasientens funksjonsstatus, fallrisiko og videre behov for hjelpemidler og beskrivelser av hjemmesituasjon som boforhold og familierelasjoner. Alle sykepleierne snakket om at de opprettholdt kontakt med kommunen via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) med oppdatering om pasientens tilstand og funksjonsstatus dersom pasienten hadde endrede hjelpebehov. En sykepleier sa: *«Etter hvert som det har gått ett par dager og vi har fått kartlagt funksjonsstatusen så sender vi er en oppdatering til kommunen om [at] sånn er status nå; pasienten trenger enda en del hjelp»* (1).

Sykepleierens kunnskapsgrunnlag var bygd på egne og kollegaers kliniske vurderinger av pasienten, tilgjengelig informasjon fra samarbeidsaktører og samtaler med pasient og pårørende. Det var særlig pasientens funksjonsstatus, behov for hjelpemidler og hjemmesituasjonen som stod sentralt i vurderingene. En sykepleier beskrev hvordan hun vurderte pasientens hjemmesituasjon gjennom samtale med pasienten:

*«Vi kartlegger ut ifra «Hvordan bor de? Er det mye trapper? Har de høye dørstokker? Har de hjelpemidler eller ikke hjelpemidler? Dersom de ikke har hjelpemidler så må vi hjelpe dem å bestille hjelpemidler hjem. Mange har behov for toalett-forhøyer eller dusjestol i etterkant (...)»* (1)

Rutinene for planlegging av utskrivning ble ansett som godt forankret i sykepleierens arbeidsmetode, men det oppsto fremdeles endringer i forløpet som ikke kunne forutsees på forhånd, selv om det ikke var uventede situasjoner. En sykepleier gav uttrykk for at endringer i forløpet ofte oppstod tett opp mot utskrivningsdatoen og i stor grad preget sykepleierens utskrivningsarbeid. Et nytt tiltak som ble innført på utskrivningsdagen kunne for de som initierte tiltaket virke uproblematisk å sette i gang, mens det for sykepleieren som skulle

håndtere endringene på kort varsel, skapte ringvirkninger som hadde betydning for aktører også utenfor sykehuset. Sykepleieren forklarte: «Hvis de [pasientene] får tilsyn av andre avdelinger som skal gjøre en kartlegging av noe, så er det kanskje de som vil starte det nye tiltaket. Og så trenger man medisinsk utstyr, også er det [spørsmål] om kommunen kan gi opplæring på det». (2). Medisinendringer som ble innført på utskrivningsdagen kunne på samme måte endre det planlagte utskrivningsforløpet, noe som fordret stor evne til omstilling for å drive utskrivningsprosessen videre. Den samme sykepleieren uttrykte:

*«Det er medisinendringer i siste liten, [pasientene] er jo somatisk syke og det er jo ikke uvanlig at man finner ut et par timer før at man må endre medisiner, og da får det en sånn slags ringvirkning, da må legemiddelliste sendes på nytt, nye resepter må lages og hentes ut og legges opp.» (2)*

## **4.2 Forutsetninger for å optimalisere pasientens hjemmesituasjon og tjenester**

Sykepleierne gav alle uttrykk for at de tok hensyn pasientens perspektiver i utskrivningsprosessen. En av deltakerne snakket om at hun pleide å høre med pasienten om hvordan hjemmesituasjonen var, hvilke tjenester pasienten hadde og hvordan vedkommende syntes det fungerte. En annen sykepleier gav uttrykk for at hun spurte pasienten om deres perspektiver rundt tjenestebehov i etterkant av en operasjon: «(Vi spør) dem gjerne om hva de tenker selv etter operasjonen. Om de selv ser for seg at de vil være i behov for et korttidsopphold, eller om de vil ha økt behov for hjelp i etterkant av operasjonen. Så vi får høre deres versjon om hvordan de tror det kommer til å gå» (1).

Samtidig som sykepleierne gav uttrykk for å være opptatt av pasientens perspektiver, var de forpliktet til å forholde seg til sine rammebetingelser i samhandling med tildelingskontoret. De oppfattet at disse var definert til kun å beskrive pasientens funksjonsnivå på best mulig måte og ikke til å legge anbefalinger for pasientens tjenestebehov. En sykepleier beskrev at hun formidlet beskrivelser på vegne av pasienten videre til tildelingskontoret i kommunen som hadde beslutningsmakten når det gjaldt tildeling av pasientens helsetjenester. Samtidig som sykepleierne var innforstått med sitt ansvar når pasientens tjenestebehov skulle defineres, kunne både sykepleierne og pasienter ha meninger om hvilke tjenester som var det beste for pasienten, og sykepleierne opplevde det vanskelig å ikke kunne uttale seg om dette:

*«Jeg synes det er vanskelig å ikke legge føringer for hva pasienten trenger. Jeg kan beskrive funksjonsnivået, men det er litt vanskelig å ikke si at for eksempel «pasienten trenger et korttidsopphold eller rehabiliteringsopphold». Også vil jo pasientene også ønske seg noe. Så jeg har erfaring med at det kan være litt vanskelig samarbeid iblant med den instansen som skal bestemme hvordan tjenester pasienten skal få» (2)*

Sykepleieren fortalte videre at dersom de kom med anbefalinger om omsorgsnivå, opplevde de å motta avviksmelding fra kommunen:

*«Vi får avvik fra kommunen om at vi har vært for førende i den pleie- og omsorgsmeldinga iblant når vi skal beskrive funksjonsnivå, men kanskje har foreslått hvilket omsorgsnivå pasienten skulle hatt ved utskrivelse. Og det er vi jo klar over at vi gjør og at vi ikke får lov til det, men det er litt vanskelig iblant» (2).*

Flere snakket om at ulikt syn på pasientens behov kunne være en utfordring når pasientens tjenestebehov skulle defineres. En sykepleier snakket om hvordan kapasitetsutfordringer i kommunen skapte et større behov for å motta helsetjenester i pasientens hjem, samtidig som pasienten, ifølge sykepleieren hadde et større omsorgsbehov. *«[Det] kan være at kommunen ikke har en korttids plass å tilby per nå, men at [kommunen mener] pasienten kan dra hjem, men så mener kanskje vi noe annet, at pasienten ikke blir å klare seg hjemme (1).*

Sykepleieren snakket videre om at det var vanskelig å ikke kunne uttale seg om pasientens tjenestebehov dersom pasientens bolig ikke var tilrettelagt. *«Så bor de i en enebolig med to etasjer og trapp» (1).* Andre sykepleiere gav uttrykk for at de manglet forutsetninger for å kunne kartlegge pasientens hjemmesituasjon ettersom arbeidet fra deres side var avgrenset til sykehusets rammer. Som en sykepleier sa: *«Vi vet ikke hvordan hjemmesituasjonen deres er» (2).*

Sykepleierne gav uttrykk for at det var i situasjoner hvor det oppstod usikkerhet eller uklarhet rundt pasientens hjemmesituasjon og usikkerhet rundt pasientens omsorgsbehov at PSHT kunne bistå, og som var hovedgrunnene til at de henviste pasienter til teamet: *«Det er vel mest i kasuser der det er usikkert om pasienten «er» i behov for korttidsopphold, at de trenger såpass tett oppfølging eller om de kan klare seg hjemme, at man står litt imellom» (1).*

Teamet kunne dra på hjemmebesøk for å vurdere behov for tilrettelegging av boligen og for å gi et klarere bilde av hva som måtte være på plass før utskrivelse. Flere sykepleiere fortalte at de kunne henvise pasienter uavhengig av tidspunkt i forløpet, noe som gjorde det fleksibelt for sykepleierne å kontakte teamet.

I tillegg til å henvise pasienter som sykepleierne var usikre på om kunne reise hjem, henviste de pasienter som var innlagt i sykehuset i påvente av korttids plass. En sykepleier fortalte at pasienter som hadde fått innvilget korttidsopphold, der pasienten var meldt utskrivningsklar til kommunen, kunne bli inneliggende lenge i avdelingen i påvente av institusjonsplass.

Dersom pasientens funksjonsstatus etter hvert var i bedring og hun vurderte muligheten for at pasienten kunne utskrives til sitt hjem, kunne hun henvise pasienten til PSHT. Sykepleieren utdypet: «*At pasienten venter på korttidsopphold, men vi ser at funksjonsnivået bedrer seg og vi ønsker tilsyn for kartlegging fra [PSHT] om muligheten for å eventuelt reise hjem (...)*» (1).

En annen sykepleier fortalte at hun hadde henvist en pasient til teamet selv om det var planlagt at pasienten skulle på korttidsinstitusjon etter innleggelse. Hun beskrev at pasientens generelle funksjon var blitt bedre, pasienten var blitt mer mobil og stelte seg nesten selv, noe som gjorde at de henviste pasienten til teamet.

Sykepleierne gav uttrykk for at pasienter ofte deltok på hjemmebesøk, enten fysisk eller digitalt og på den måten kunne delta i planleggingen og tilrettelegging av hjemmet, noe pasientene, ifølge deltakerne opplevde som veldig positivt. Flere av sykepleierne snakket om verdien av å dra hjem til pasienten før utskrivelse: «*De oppdager ting som ikke vi oppdager, på en måte. Så er det så bra at de kan dra hjem og se hvordan de har det, «før» pasienten kommer hjem, at det er trygt*» (3). Teamet kunne ifølge en annen sykepleier få et annet perspektiv på pasientens behov når de og pasienten dro hjem sammen:

*«De [Teamet] har dratt sammen med pasientene, og da igjen meldt inn til oss hvis det er ting de kommer på som kommunen kanskje burde stille opp med flere ressurser til, eller hvis det er andre hjelpemidler som må på plass. Sånne ting som vi ikke klarer å kartlegge mens pasienten ligger her inne, men som da kartlegges når pasienten kommer hjem»* (4).

Hjemmebesøkene gjorde det mulig å fange opp- og iverksette andre tiltak og bestille andre hjelpemidler før utskrivelsen. Dette gjaldt også for arbeidet som pågikk innad i avdelingen. Farmasøyt i teamet hadde ifølge informantene fokus på samstemming av medikamenter og gikk dermed nøye gjennom medisinalisten før utskrivelse. På den måten kunne de fange opp medisiner som av ulike grunner ikke burde følge med pasienten hjem. En sykepleier fortalte at dette kanskje ikke alltid ble fanget opp i alle tilfeller hvis sykepleierne hadde ansvar for flere pasienter. Av den grunnen gav samarbeidet en indikasjon på forbedring av pasientsikkerheten rundt pasientovergangen fra sykehus. En av sykepleierne oppsummerte tiltakene og pasientinvolveringen slik: «*Da er på en måte de uoppdagede hendelsene som kan oppstå, fanget opp før pasienten reiser hjem*» (4).



Den tverrfaglige tilnærmingen i teamet var en viktig forutsetning for å tilpasse overganger etter pasientens ønsker og behov i utskrivningsprosessen. En sykepleier snakket om at man gjennom den tverrfaglige sammensetningen i teamet fikk tilfredsstilt alle behov *«med det at det er lege, farmasøyt, fysioterapeut, ergoterapeut som ser på hjelpemidler, de har sykepleier i teamet»* (4). En annen sykepleier snakket om at teamet kunne integrere tiltak i sykehuset med videre oppfølgingstiltak etter utskrivning. For eksempel kunne teamets fysioterapeut vurdere behovet for fysioterapi under innleggelsen i sammenheng med behovet etter utskrivelse. En sykepleier uttrykte: *Så kanskje ber de [teamet] oss henvise til fysioterapeut under innleggelsen, også følger de opp fysioterapi ved utskrivelse. At de [teamets fysioterapeut] får et samarbeid med vår fysioterapeut.* (2). En annen sykepleier gav uttrykk for at teamet var opptatt av det pasienten fant viktig i etterkant av innleggelsen. Dersom pasienter ønsket fysioterapi i etter utskrivelse, tok teamet hensyn til dette: *«[PSHT] (...) imøtekommer ønskene til pasienten og tar det med i arbeidet videre, «det her er det som er viktig, dette skal vi tilrettelegge for»* (4).

Hjemmebesøkene hadde ifølge flere sykepleiere en praktisk funksjon ved at teamet bistod ved tilrettelegging av bolig, der individuelle tilpasninger var en sentral del av arbeidet: *«De ordner med prekestol som kanskje er tilrettelagt for de og de dørene som pasienten har hjemme, noen får en bredere prekestol fordi det [er mulig] deres hjem. Bare de små tingene gjør at det blir så bra»* (4). Hjemmebesøkene hadde ifølge en annen sykepleier også en vurderingsfunksjon. En sykepleier fortalte at de henviste pasienter til teamet dersom det oppstod usikkerhet rundt pasientens omsorgsbehov, der pasienten stod i skjæringsfeltet mellom å skrives ut til sitt hjem eller til et korttidsopphold i institusjon. Mangelen på korttidsplasser i kommunen var et kjent fenomen for sykepleieren, og beskrev at teamet kunne bistå med å kartlegge mulighetene for om pasienten kunne fortsette å bo hjemme. Hun fortalte: *«Og det er derfor vi også bruker teamet, for da er de med på å kartlegge pasienten, kan ta pasienten med på hjemmebesøk, kartlegge hvordan pasienten fungerer i hjemmet»* (1). Hjemmebesøkene bidro til å skape et bilde av hvordan pasienten fungerte i sine egne omgivelser og å undersøke muligheter for tilrettelegging: *«Teamet [kan ta] med pasienten hjem for å se hvordan de [kan] tilrettelegge og generelt hvordan pasienten fungerer hjemme i forbindelse med falltendenser»* (1). Sykepleieren gav uttrykk for at der det var press fra sykehuset om å skrive ut pasienter og få korttidsplasser i kommunen, prioriterte teamet pasientens behov.

*«Er det veldig dårlig tilrettelagt? Er det noen som ikke klarer seg hjemme? (...) De [teamet] er på pasientens side. For det er jo veldig press fra både sykehus og kommunen om plasser, men jeg synes de er på pasientens side og sier at «pasienten klarer seg ikke hjemme» hvis de har vært på hjemmebesøk og sett at det er dårlig tilrettelagt. Og ellers tilrettelegger de [teamet] for at pasientene skal kunne klare seg best mulig hjemme og ser behovene deres hjemme» (1)*

En annen sykepleier gav uttrykk for at det i noen situasjoner var vanskelig å vurdere hva som kunne gjøres fra hennes ståsted dersom pasienter selv ikke ønsket å skrives ut til sitt hjem. Hun gav uttrykk for at teamet var en støtte når pasientens tjenester skulle defineres: *«For jeg føler vi må ha ganske mange i ryggen av og til for at pasienten skal få økte tjenester (...) Og det kan være en betryggelse, både for pasienten og meg selv, at det ikke bare er vi som har tenkt at pasienten ikke kan reise hjem» (2)*. Men hverken teamet eller pasienten kunne nødvendigvis legge føringer når det gjaldt spørsmål om økt tjenestebehov, og det gikk ikke alltid den veien sykepleieren, pasienten eller PSHT ønsket.

Et økende krav til effektivisering av helsetjenesten setter premisser for hvordan sykepleiere arbeider med utskrivning. Kortest mulige sykehusopphold anses som effektivt for å opprettholde pasientflyten i sykehuset. En sykepleier gav uttrykk for at presset om å skrive pasienter ut så snart de var ferdigbehandlet kunne føre til utrygghet hos pasientene. Erfaringer med å være innenfor sykehusets trygge rammer med døgnbemanning og tilrettelagte fasiliteter, bidro ifølge henne til at pasienter kunne oppleve overganger som skremmende, spesielt når de skulle tilbake til sitt hjem: *«Da opplever jeg at mange pasienter sier at «det var tidlig at jeg var ferdig her». Mange er nok redde for å komme hjem» (1)*. Sykepleieren gav uttrykk for at PSHT i den forbindelse bidro til å skape en mykere og tryggere overgang fra sykehus til pasientens hjem, noe hun knyttet til PSHT sin pasientsentrerte tilnærming: *«De (PSHT) jobber mer «med» pasienten» (1)*. En annen sykepleier beskrev hvordan hun opplevde at samarbeidet bidro til trygg utskrivelse slik: *«Alle hjelpemidler er på plass, alt er kartlagt i forhold til hvordan pasienten fungerer hjemme. Vi ser bare hvordan pasienten fungerer inne på avdelingen, men PSHT har en annen opplevelse når de drar hjem til pasienten» (4)*. Pasientene gir ifølge flere av sykepleierne også uttrykk for at de er fornøyde med bistanden fra teamet: *«Alle (pasientene) skryter veldig av den oppfølgingen de får, så det er helt tydelig at de blir fulgt godt nok opp når de kommer hjem» (4)*.

## 4.3 Samarbeidets betydning for sykepleiernes utskrivningsarbeid

### 4.3.1 Sykepleierne tenker annerledes om utskrivning

Selv om de fleste sykepleierne hadde lang erfaring fra utskrivningsarbeid og flere snakket om arbeidet som innøvd i sin praksis, gav de uttrykk for at samarbeidet med teamet på ulike måter hadde bidratt til å endre måten de jobbet på. En sykepleier snakket om hvordan teamets fokus på samstemming av medikamenter bidro til at hun tenkte mer over hvilke medisiner pasienten stod på ved utskrivelse. «*Trenger pasienten den medisinen?*» (3).

En annen sykepleier gav uttrykk for at samarbeidet hadde bidratt til at hun ønsket å delta i et forbedringsprosjekt som omhandlet utskrivelsesprosessene ved sin avdeling. Sykepleieren fortalte at man i prosjektet gjorde målinger av hvor mange prosent av de innlagte som hadde kommunale tjenester eller var forespeilet et behov for det ved utskrivelse, samt av hvor mange de kartlegger innen første innleggelsesdøgn. Hun snakket om at de klarte å kartlegge svært mange pasienter innen første døgn. Hun påpekte at det i prosjektet også var økt fokus på hva som er viktig for pasienten og deres ønsker.

En annen sykepleier beskrev at der hun var vant til å jobbe i et kortere tidsperspektiv, var teamet mer opptatt av det langsiktige forløpet og kunne derfor se pasientens behov på en annen måte enn sykepleierne: «*Kanskje vi ser litt her og nå og akkurat bare det å komme hjem, mens de [teamet] ser mer langsiktig*» (4). Sykepleieren beskrev at hun som nyutdannet hadde samarbeidet med teamet, og med det tidlig i sin karriere ble bevisst over kompleksiteten rundt det å fasilitere utskrivningsprosesser for eldre pasienter med sammensatte behov, som ofte ikke hadde et avgrenset sykdomsforløp: «*For de [pasientene] har ikke bare en sykdom, det er flere ting, flere sykdommer som dermed også kan gi andre utfordringer*» (4). Med erfaringer fra flere samarbeid var hun blitt mer opptatt av å tenke mer fremover og helhetlig rundt utskrivningsplanlegging og gav uttrykk for at hun hadde tatt lærdom av å samarbeide med PSHT: «*Nå er det et mye høyere fokus på det med tidlig [kontakt med] fysioterapi, ergoterapi, søke om hjelpemidler og andre ting*» (4). Sykepleieren beskrev hvordan samarbeid med teamet bidro til å tidlig få en større forståelse over hvordan utskrivningsprosesser faktisk foregår:

«*Bare det å forstå systemet, hierarki. Hvem er det som samarbeider med hvem, hvorfor gjør vi det sånn og sånn. Det at de [teamet] ble involvert tidlig (...) hvor bevisst jeg selv ble på at «her er det flere ting å tenke på enn kun å kommunisere med kommunen»*» (4).

Pasienten i sentrum av sine helsetjenester har fått større plass i utskrivningsprosesser i dagens helsepraksis, noe sykepleierne gav uttrykk for å være opptatt av. Deltakerne snakket alle om å inkludere pasientens meninger og tanker om egen funksjon og behov i utskrivningspraksis. Samtidig ble pasientfokuset uttrykt som sterkere forankret i teamets arbeidsmodell. Dette kom til uttrykk både rettet mot å aktivt inkludere pasienten i planleggingen av utskrivelser, men pasientfokuset kom også til uttrykk i de pasientnære møtene i sykehuset.

En sykepleier fortalte hvordan dette kom til uttrykk i møter hvor det oppstod kontraster mellom sykehusets behandlerperspektiv og synet på pasientens ønsker. Det fremkom at behandlerperspektivet som ligger sterkt forankret i somatisk helsepraksis ikke alltid nødvendigvis er forenlig med det som er viktig for pasienten, noe samarbeidet bidro til å belyse:

*«Vi er kanskje vant med å tenke at «det er så viktig at vi klarer å motivere pasienten til å gjøre sånn og sånn, sånn at han blir frisk eller holder seg frisk», men dem [teamet] er flinkere til å tenke på pasienten, hva som er viktigst for dem, litt mer [på] livskvaliteten, hva som gir pasienten livskvalitet og ikke bare god helse» (2).*

Sykepleieren beskrev at hun etter å ha samarbeidet med teamet løftet frem pasientperspektivet i større grad ved å stille spørsmål til hva som var viktig for pasienten i den aktuelle konteksten, og ikke alltid til hva som var medisinsk nødvendig behandling. Sykepleieren fortalte at teamet fikk henne til å tenke på å gi pasienten mer rom til å reflektere over- og å få frem pasientens perspektiver og ønsker.

Flere av sykepleierne snakket om mangel på tid som en utfordring i utskrivningsarbeidet. En sykepleier snakket om at teamet bisto med å håndtere oppgaver de ikke hadde tid til, mens en annen sykepleier gav uttrykk for at tid var en forutsetning for å inkludere pasientens perspektiver i utskrivningsprosessen. Om spørsmål som omhandlet samarbeidets betydning for den eldre pasienten sa en av sykepleierne: *Da tenker jeg mest på den tiden. At de [pasientene] kanskje får fortalt litt mer hva de ønsker og blir mer inkludert i utskrivningsprosessen. Fordi vi [sykepleiere] har jo ikke den tiden som teamet har» (3).*

#### **4.3.2 Roller og arbeidsdeling**

Når det gjaldt det overordnede samhandlingsansvaret, gav de fleste sykepleierne uttrykk for at det var sykepleierne som beholdt ansvaret i samarbeidet. Flere snakket om at selve arbeidet

med utskrivning på den måten ble det samme for dem som når de ikke samarbeidet med teamet. En sykepleier uttrykte: «Arbeidet mitt blir det samme med at jeg fortsatt må sende melding til kommunen, [skrive] PLO, skrive sykepleiesammenfatninger og diverse, ordne med resepter» (1). En annen sykepleier uttrykte det slik: «Alle de kravene om samhandling mellom sykehuset og hjemmetjenesten eller kommunen, det gjør vi jo fortsatt. Så alt det de gjør må vi (...) dokumentere og informere til kommunen igjen» (2). Ifølge en sykepleier kunne teamet koordinere oppgaver med hjemmesykepleien og de kunne bistå med kunnskapsdeling i samarbeid med hjemmesykepleien i form av prosedyreopplæring: «[Teamet] snakker ofte med hjemmetjenesten og avtaler ting med dem» (2).

Ifølge de fleste sykepleierne var det overordnet klarhet i roller og oppgaver mellom involverte aktører i utskrivningssamarbeidet. En sykepleier gav samtidig uttrykk for at det var viktig å sørge for at man avklarte oppgavedelingen og at hun hadde spurt teamet om hva hun og de skulle gjøre ved et samarbeid. Ifølge sykepleierne avklarte man hvilke oppgaver teamet og sykepleierne skulle ha når teamet kom til avdelingen eller i etterkant av tverrfaglige møter. En sykepleier fortalte at hun pleide å ha ansvar for korttidshjelpemidler, mens PSHT håndterte de permanente bestillingene. Teamets praktiske støtte var et viktig bidrag for sykepleiernes utskrivningsarbeid. At teamet kunne bistå ved søknadsprosesser, særlig på langtidshjelpemidler fremstod for en av sykepleierne som en av de viktigste bidragene i samarbeidet: «Det viktigste de hjelper oss med er søknadsprosesser og [de] vet mye om det, hvor lang tid ting tar å få ting på plass» (2). Ifølge flere av deltakerne dokumenterte PSHT prosessen i pasientens journal slik at det var enkelt for sykepleierne å følge med hvilke oppgaver de skulle foreta seg og hva teamets oppgaver var «Også skriver de det de har gjort i journalen, (...) så de kan gi en god oppsummering på det de har gjort hos pasienten og hvis det er noe vi skal følge opp (2).

## 5 Diskusjon

Utgangspunktet for masterprosjektet var et ønske om å undersøke hvordan sykepleiere erfarer utskrivningspraksis og hvilke erfaringer de har fra utskrivningssamarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT). Jeg ønsket å få dypere forståelse for utskrivningspraksis, herunder forstå bakgrunnen for behovet for samarbeidet, hvilken funksjon samarbeidet har for pasienten og for sykepleierne og for hvorvidt sykepleierne kan ta med seg kunnskap fra samarbeidet i sin praksis. Jeg vil i diskusjonskapitlet løfte frem fire temaer i lys av valgte teoretiske perspektiver og aktuell forskning.

- Forløpsorganisering i fellesskap
- Personsentrert praksis – ideal og realitet
- Samarbeid med PSHT – arena for utvikling av organisatorisk kompetanse?
- Inspirasjon til utvikling av egen utskrivningspraksis

Avslutningsvis vil jeg beskrive hvilke implikasjoner prosjektet kan ha for sykepleieres utskrivningspraksis, før jeg i kapittel om metodekritikk reflekterer over prosjektets styrker og svakheter.

### 5.1 Forløpsorganisering i fellesskap

Sykepleierne i studien beskriver utskrivningsarbeid som en rutinepreget del av sin arbeidshverdag, og som et arbeid som fordrer fleksibilitet og omstilling. Jeg vil gjennom Allens rammeverk for forløpsorganisering og aktuell forskning skissere på hvilken måte sykepleierne praktiserer forløpsorganisering, hvilke barrierer som kan oppstå i dette arbeidet og hvilken funksjon PSHT har i denne konteksten.

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at det på tross av rutinebaserte utskrivningsprosesser ikke er uvanlig at det oppstår endringer i forløpet til eldre multisyke pasienter som fordrer fleksible handlinger. Dette er i tråd med det Allen beskriver om at helsetjenesten er sammenflettet av standardiserte intervensjoner og prosesser som kan planlegges for, så vel som elementer som krever fleksible handlinger som «beredskap» (Allen et al., 2019). Med Allens beskrivelser synliggjøres sykepleiernes komplekse arbeid med utskrivning av eldre pasienter med sammensatte behov. En sykepleier nærmest «forventer det uventede» når medisinendringer oppstår like før utskrivning. En annen sykepleier forsøker å forutse pasientens mulige

hjelpebehov der hun kontakter kommunen før hun vet om pasienten vil få et økt tjenestebehov. Med utgangspunkt i Allens beskrivelser tolker jeg at sykepleierne forsøker å være i «beredskap» gjennom å forutse pasientens behov og å sørge for at ting skjer til rett tid og i riktig rekkefølge, slik Allen beskriver om «temporal articulation» (Allen, 2019, s. 7). Behovet for å være i «beredskap» beskrives i en studie som undersøkte tjenestekoordinering sett fra sykepleiere i sykehus sitt perspektiv (Høyem et al., 2018). Her fant man sykepleieres koordineringsarbeid var kjennetegnet av å planlegge forløpet, å forsøke å forutse pasientens sykdomsutvikling, samt å forutse et fremtidig omsorgsbehov (Høyem et al., 2018). Sykepleiernes «beredskap» synes å være en viktig forutsetning for å skape fremdrift i utskrivningsprosessen, noe de synes å strekke seg langt for å få til.

En annen komponent «trajectory working knowledge» refererer til tolkningsarbeidet sykepleiere gjør for å oversette pasienten fra å være «arbeidsobjektet» i en tjeneste til å bli arbeidsobjektet i en annen, som i pasientoverganger (Allen & Birkeland, 2019). Allen påpeker at det kan være ubehagelig å beskrive pasienter som «objekter», og at det ikke er slik sykepleiere behandler pasienter, men det gir en god beskrivelse av den handlingen som må til for å knytte sammen tjenester i overganger (Allen & Birkeland, 2019). Sykepleiere er sentrale i dette arbeidet og beskrives som «obligatoriske møtepunkter» fordi de former og mobiliserer nettverket rundt pasienten, som alle andre må passere (Allen & Birkeland, 2019).

Men kan sykepleierne i min studie forstås som «obligatoriske møtepunkter»? På den ene siden gir de uttrykk for at det er de (sykepleierne) som former og formidler hvilken informasjon som skal følge pasienten, både i samarbeid med PSHT og uten dem. Det er de som sørger for å dokumentere informasjon og for å formidle dette til kommunen. På den måten kan det argumenteres for at det er de som former nettverket rundt pasienten. I samarbeidet beveger PSHT seg samtidig over grensene mellom sykehus og kommune. Det er de som møter pasienten i sitt hjem, som kan vurdere pasienten i egne omgivelser og som kan identifisere andre eller nye behov, for så å formidle informasjon tilbake til sykepleierne slik at de kan skape en retning for utskrivningsprosessen. På den måten kan teamet også forstås som aktører som tolker og mobiliserer nettverket rundt pasienten.

Dette leder over til den siste komponent ved Allens rammeverk for sykepleieres forløpsorganisering som hun beskriver som «trajectory awareness», definert som den overordnede oversikten sykepleiere har over pasientens forløp. Hun beskriver at sykepleiere skaper mening og orden i forløpet gjennom å identifisere «hull» og gjennom å oppdage

unormale prosesser (Allen et al., 2019). Sykepleierne uttrykker derimot at det kan være vanskelig for dem å oppdage unormale prosesser fra et sykehusperspektiv og fra sykepleieres ståsted alene. Slik jeg tolker en av sykepleiernes beskrivelser kan hun med sine forutsetninger forstå pasientens behov for hjelpemidler fra et sykehusperspektiv, samtidig som PSHT, som beveger seg over grensene mellom sykehus og kommune og er hjemme hos pasienten, kan oppdage andre hjelpemiddelbehov og behov for ressurser. Teamet kan også oppdage medikamenter som av ulike grunner ikke burde følge med pasienten hjem, noe en sykepleier gir uttrykk for at de kanskje ikke alltid fanget opp dersom de har ansvar for flere pasienter. Man kan samtidig stille spørsmål til om det er sykepleierne som skal fange opp hvilke medikamenter pasienten ikke bør stå på ved utskrivelse. I Riksrevisjonens (2017) undersøkelse av «helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten» vises det til at flere helseforetak har utarbeidet prosedyrer for samstemming<sup>1</sup> av medikamentlister. Her fremgår det at leger har ansvaret samstemming av pasientens medisinliste og at man kan rådføre seg med farmasøyt ved behov.

Ifølge mine analyser gjennomgår farmasøyt i PSHT pasientens medikamentliste før utskrivelse, noe som er et kjennetegn ved teamets proaktive tilnærming. I studien til Berntsen et al. (2019) gjennomgikk teamets farmasøyt medisinlister og fant feil i de fleste medisinlistene, for så å korrigere dette i samarbeid med relevante aktører. Det skjer ofte uønskede hendelser i overganger mellom tjenester i forbindelse med feilmedisinering, infeksjoner og fall (Laugaland et al., 2012; Moore, Wisnivesky, Williams, & McGinn, 2003). Mine analyser tyder på at uønskede hendelser i større grad unngås gjennom samarbeidet fordi man kan identifisere forhold som kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten og iverksette tiltak *før* pasienten skrives ut. Gjennom samarbeidet gir sykepleierne uttrykk for at man kan identifisere og iverksette tiltak i pasientforløpet, noe jeg tolker som å være en viktig forutsetning for å skape det Allen beskriver som *oversikt* over pasientforløpet.

Min forståelse av dette er at god forløpsorganisering i noen situasjoner forutsetter et samarbeid som involverer flere aktører. Sykepleierne forsøker å forholde seg fleksibel til endringer som oppstår og de etterstreber å finne gode løsninger i overgangene, men i noen situasjoner kan arbeidet vanskelig forstås fra sykepleiernes perspektiv alene. Allen (2019)

---

<sup>1</sup> Med samstemming av medikamentlister er målet at pasienten alltid har en oppdatert liste over de medikamentene vedkommende faktisk bruker (Kompetansebroen, 2018)



påpeker at forløpsorganisering er et viktig bidrag til kvalitet og pasientsikkerhet, men sykepleiere har usikker autoritet i å praktisere et slikt aspekt av deres rolle.

Slik det fremstår for meg kan man forstå sykepleierne og PSHT som gjensidig avhengig av hverandres bidrag i utskrivningssamarbeidet, slik veileder for personer med store og sammensatte behov beskriver om tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2017).

Sykepleierne uttrykker at de selv har det overordnede samhandlingsansvaret i samarbeidet, herunder å dokumentere og formidle informasjon til kommunen gjennom elektronisk meldingsutveksling og å sammenfatte sykepleieepikrise. Alt teamet gjør må de videreformidle til kommunen, som en av sykepleiere uttrykte. Samtidig kan PSHT koordinere oppgaver mellom teamet og hjemmesykepleien og håndtere opplæring av prosedyrer, og flere snakker om betydningen av hjelp til søknadshåndtering på langtidshjelpemidler.

Oppgavedelingen mellom sykepleierne og PSHT beskrives også i hovedsak som avklart. De vet hva sine oppgaver i samarbeidet er og uttrykker det som positivt at teamet dokumenterer prosessen i pasientens journal slik at sykepleierne kan følge opp eventuelle oppgaver. Dette står i motsetning til funn i FACT-evalueringen der samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten opplevde uklarhet i forhold til organiseringen av teamet og uklarhet i forhold til hvem som hadde ansvaret for hva og når (Landheim & Odden, 2020). «*Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering*» beskrives i «veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» som en sentral forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2017). De ulike aktørene synes å bidra med sin kompetanse og har sine roller i ulike deler av utskrivningsprosessen, både teamet og sykepleierne. Men det er når man i samarbeidet knytter de ulike faglige ressursene sammen, og når det foreligger en avklart struktur for hvordan man skal gjøre dette, at pasientens utskrivelse synes å optimaliseres, noe jeg forstår kan bidra til å fasilitere trygge overganger fra sykehus til hjem. Allen (2019) påpeker at selv om sykepleiere har en sentral rolle i forløpsorganisering, er det ikke kun forbeholdt sykepleiere. I noen settinger kan forløpsorganisering foregå mellom andre aktører (Allen, 2019). Kanskje kan man av den grunn beskrive samarbeidet, i noen situasjoner, som en forutsetning for å drive forløpsorganisering i utskrivningspraksis for eldre pasienter med sammensatte behov.

## 5.2 Personsentrert praksis – ideal og virkelighet

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at de snakker med pasienten om hvordan de opplever sin hjemmesituasjon, hvilke tjenester de har og hvordan de synes det fungerer, og om hva pasientene selv mener de vil ha behov for av tjenester i etterkant av innleggelse. En sykepleier beskriver hvordan hun forstår seg selv som en talsperson for pasientens ønsker og behov i samhandling med kommunen. Når sykepleierne forteller om samarbeid med teamet, fremkommer det samtidig et tydeligere pasientdrevet fokus for utskrivningsprosessen. Sykepleierne gir uttrykk for at teamet tar utgangspunkt i pasientens ønsker og behov og hva som er viktig for pasienten. En slik tilnærming er i tråd med forskning som peker på behovet for mer pasientsentrerte overganger mellom sykehus og kommune (Olsen et al., 2020). Det kan stilles spørsmål om ulikt pasientfokus har tilknytning til det sykepleierne beskriver som et kortsiktig og behandlingsorientert perspektiv som sykehus av naturlige grunner har. I sykehus vurderes pasientens behov hovedsakelig i et korttidsperspektiv og basert på diagnoseorienterte tilnærminger (Danielsen et al., 2017), og på den måten er helsepersonell uunngåelig dratt mot oppgaver som omhandler sykdom og funksjon (Olsen et al., 2020). I min studie beskriver sykepleierne PSHT, som består av helsepersonell fra både spesialisthelsetjeneste og fra primærhelsetjenesten, som å arbeide i et lengre forløpsperspektiv med et større fokus på pasientens helhetlige livssituasjon. Dette harmonerer med Danielsen et al. (2017) sin kunnskapsoppsummering om pasientforløp for eldre med kronisk sykdom som påpeker at kommunen vurderer pasientens behov i «*et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon*» (Danielsen et al., 2017, s.32).

Når McCormack beskriver personsentrert praksis peker han på behovet for et skifte fra vitenskapelige konsepter om det å «kurere» til en mer holistisk fremgangsmåte som tar hensyn til pasientens verdier (McCormack, 2003). Han beskriver behovet for å se pasienten gjennom deres autentiske verdier utover vanlige omsorgsbehov, og til det å tilegne det han kaller «uperfekte plikter» som fremmer pasientens synspunkter og anerkjenner det særegne med individet (McCormack, 2003). En sykepleier gir uttrykk for at hun ved å samarbeide med teamet i større grad forsøker å innarbeide et personsentrert fokus i sitt pasientnære arbeid. Hun gir uttrykk for å være mer bevisst over å gi pasienten større rom for å reflektere over hva som er viktig for pasienten og mindre over det som er klinisk riktig. Min forståelse av dette er at sykepleieren i større grad tenker utover det å gjøre pasienten «frisk», til å også inkludere pasientens verdier, slik McCormack (2003) påpeker som et viktig aspekt ved personsentrert praksis. PSHT kan med et slikt utgangspunkt forstås som å tilrettelegge for at sykepleieren

kan jobbe personsentrert, nettopp fordi de kan forstås som en *formidler* av personsentrert praksis. De arbeider med utgangspunkt i prinsippene om å være *pasientsentrert*, om å forstå «hva som er viktig for pasienten» (Helse & omsorgsdepartementet, 2019).

Samtidig kan sykepleiernes beskrivelser av utskrivningspraksis forstås som et uttrykk for personsentrert tilnærming. De tilrettelegger for å fremme pasientens synspunkter og for at pasienten selv kan gi uttrykk for hva de mener de vil ha behov for av tjenester i etterkant av innleggelse. Sykepleiernes beskrivelser kan på den måten forstås som en måte å anerkjenne pasientens verdier «som sine egne», der de tilrettelegger for at pasientens synspunkter skal være gjeldende for beslutninger, slik McCormack (2003) beskriver som en av de «uperfekte pliktene» i sitt rammeverk. Samtidig gir de uttrykk for at bestemmelser om pasientens omsorgstilbud ikke er tillagt sykepleierne i sykehuset. Dette får støtte fra riksrevisjonen (2017) som i sin undersøkelse av «Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten» beskriver at sykehus ikke kan legge føringer om pasientens tjenestebehov i kommunen. En av sykepleierne viser til en situasjon hvor heller ikke pasienten eller teamet nødvendigvis hadde en slik mulighet. Sykepleieren fortalte om en pasient som ikke ønsket å skrives ut til sitt hjem. Selv om sykepleieren snakket om at PSHT var en trygghet å støtte seg til dersom de ønsket et høyere omsorgsnivå, gikk det ikke alltid slik pasienten, sykepleieren eller teamet ønsket.

Man kan stille spørsmål om et slikt utgangspunkt kan utfordre sykepleierne i å arbeide personsentrert. Slik jeg tolker sykepleiernes beskrivelser, forsøker de å anerkjenne pasientens verdier på lik linje som deres egne i beslutningsprosesser. Men selv om de anerkjenner pasientens ønsker og behov, noe jeg tolker som en forutsetning for å jobbe personsentrert, utfordres deres mulighet for å oppfylle en slik plikt av rammebetingelser. En slik utfordring harmonerer med studien til Kvæl et al (2022) som fant at helsepersonell opplevde strukturelle barrierer og begrensninger i bruk av skjønn i arbeidet med å møte pasientens preferanser og behov. De påpeker at der helsetjenesten er ment å involvere pasienten i beslutninger om utskrivelse, opplevde pasienter og pårørende at standardisering av pasientforløpet begrenset muligheten til å ta personlige valg i utskrivningsprosessen. (Kvæl et al., 2022). Veileder for saksbehandling påpeker at ulike former for standardisering lett kan komme i konflikt med pasientens «rett til å medvirke ved utforming av tjenestetilbud» (Helsedirektoratet, 2016, s. 39).

Både McCormack og Olsen et al beskriver at den organisatoriske konteksten rundt spiller en betydelig rolle for hvordan man kan innta personsentrert praksis. I Olsen et. Al (2020) sin studie fant de at det å spørre en pasient «Hva er viktig for deg?» kan virke som et enkelt spørsmål for å henvende seg mot en mer pasientsentrert praksis. Samtidig fant de at sykepleiere må overkomme distansen mellom pasientens personlige mål, profesjonelle mål i tillegg til mål på systemnivå. Deltakerne fryktet å gi pasienten urealistiske mål med utgangspunkt i spørsmålet, noe som kan tillegge spørsmålet et oppgaveorientert preg. Deltakerne i Olsen et. Al (2020) sin studie gav også uttrykk for at samtaler rundt spørsmålet «hva er viktig for deg» kunne være mer omfattende å gjennomføre enn deltakerne hadde tid til.

Mangel på tid beskrives også av sykepleierne i mitt prosjekt. En av sykepleierne gir uttrykk for at teamets tid og mulighet til å inkludere pasienten i utskrivningsprosessen er noe hun selv mangler i sin sykepleiehverdag. I tillegg til mangel på tid, gir sykepleierne i min studie uttrykk for at de må forholde seg til et overordnet effektivitetspress og til et rammeverk, noe som synes å utfordre deres muligheter til å arbeide personsentrert. McCormack fremhever også organisatoriske utfordringer ved personsentrert praksis og påpeker at konteksten der omsorgen finner sted enten kan fremheve eller begrense personsentrert praksis. Han beskriver at kontekstuelle forhold som systemer for beslutningstaking, organisasjonssystemer og ulikheter i maktforhold har vist seg å ha like stor betydning som sykepleieres frihet, som er grunnleggende for personsentrert praksis (McCormack, 2003). Han påpeker derimot at sykepleiere kan hjelpe pasienten å forstå hvilke muligheter pasienten har. Med utgangspunkt i McCormacks beskrivelser tolker jeg at det å henvise pasienter til teamet kan tyde på at sykepleierne «forhandler» et egnet tilbud til pasienten etter innleggelse.

Sykepleiernes konflikter synliggjøres som spenninger mellom pasientorienterte, profesjonelle og organisatoriske interesser. Samtidig som teamet kan bidra til å at sykepleiere løfter frem pasientens perspektiver, kan ikke teamet alene bidra til å endre arbeidsformer fra et diagnose- og behandlingsperspektiv til å realisere personsentrert praksis, og de kan heller ikke nødvendigvis påvirke rammebetingelser. Dette er spørsmål som strekker seg ut over samarbeidet til hvordan helsetjenesten er organisert. Dersom pasientsentrerte metoder i større grad skal inngå som en del av sykepleiepraksis må også behovet anerkjennes på meso- og makronivå (Olsen et al., 2020), spesielt av helsepolitiske aktører. Olsen beskriver på sin side at uten endringer på høyere nivå risikerer man at spørsmål som «hva er viktig for deg?» kan forbli enda et slagord som forsterker en praksis som allerede eksisterer (Olsen et al., 2020).

### 5.3 Samarbeid med PSHT - arena for utvikling av organisatorisk kompetanse?

Som beskrevet om sykepleiernes organiseringsarbeid er det sykepleierne som har oversikt over det som kan omtales som komplekse utskrivningsprosesser. Sykepleierne gir uttrykk for å kunne koordinere arbeidet og for å ha innarbeidet kunnskap om de ulike aspektene som utgjør pasientoverganger, noe som har likheter med det Orvik beskriver som organiseringskompetanse (Orvik, 2009). Dette er arbeidet som sykepleierne i stor grad uttrykker som en innarbeidet del av sykehuspraksis og som flere angir å ha lang erfaring med. Men for nyutdannede sykepleiere kan arbeidsgivers forventninger til å mestre det administrative arbeidet oppleves som overveldende, noe de uttrykker stor frustrasjon over (Solli, 2009). En sykepleier i studien snakker om hvordan samarbeid med teamet bidro til at hun tilegnet seg kunnskap om prosessen bak utskrivningsprosesser da hun var nyutdannet. Dette har likheter med funn i FACT-evalueringen som viser at samarbeidspartnere opplevde å få tilført kompetanse fra teamet (Landheim & Odden, 2020).

Sykepleieren gir uttrykk for at samarbeidet bidro til å forstå utskrivingsarbeid som noe som foregår ut over en samhandlingskontekst, til å omhandle en rekke andre aspekter. Dette reiser spørsmål rundt nyutdannede sykepleieres organisatoriske kompetanse. Det stilles forventninger til at de skal mestre arbeidet allerede ved ansettelse. De skal være funksjonsdyktige etter endt utdanning, slik Orvik (2009) beskriver, noe han påpeker som urealistisk å forvente av sykepleierne. Han peker heller på behovet for en trinnvis og systematisk introduksjon for at de skal kunne mestre en krevende rolle (Orvik, 2009). Spørsmålet er om sykepleiere får en slik trinnvis introduksjon. En studie fant at opplæring ved nyansettelser generelt var mangelfull, lite systematisk og lite strukturert (Thidemann, 2005). En annen studie av Storm et al. (2014) gjorde observasjoner av utskrivningsprosesser fra sykehus. I studien fant de at helsepersonell manglet system- og rollekompetanse om overganger og at det var manglende arenaer for å utvikle og utveksle kunnskap mellom helsepersonell. Forfatterne foreslår at helsepersonell får opplæring i praksis som omhandler utskrivelse fra sykehus til kommune og at det holdes interorganisatoriske møter for å formidle rutiner for utskrivningspraksis og for å forsikre at aktørene har felles forståelse av oppgaver og ansvar for pasienten under overganger (Storm et al., 2014).

Teamet, som er spesialisert på nettopp pasientoverganger, anses å ha gode forutsetninger for å bidra til utvikling av nyutdannedes organisatoriske kompetanse, et fagområde som har vært kritisert for ha for liten plass i sykepleieutdanningen (Vareide, Hofseth, Norvoll, & Røhme,

2001). Men kompetansen kan ikke nødvendigvis bare læres gjennom teoretisk kunnskap. For sykepleieren i mitt prosjekt synes det å handle om at hun tilegner seg praksisnære og praktiske ferdigheter gjennom erfaring. Dette er i tråd med det Nordtvedt og Grimen (2004, s. 171) beskriver om at kunnskap ikke alltid må baseres på teoretiske kunnskaper, fordi kunnskap om det individuelle også kan erverves gjennom erfaring. Som en av sykepleierne i min studie beskriver, handler det om at hun gjennom å samarbeide med PSHT over tid utvikler kunnskap om omfanget av utskrivningsprosesser og til å forstå hierarkiet som hun sier, om hvem som samarbeider med hvem og hvorfor man gjør det man gjør. Orvik (2009) snakker om faglig veiledning og arbeidsfellesskap som viktige verktøy for at nyutdannede sykepleiere skal kunne håndtere ulike utfordringer i sin praksis, noe jeg tolker at samarbeidet kan tilrettelegge for. Sykepleieren uttrykker videre at samarbeidet har bidratt til at hun selv starter utskrivningsprosessen tidligere og til å initiere og drive samarbeid med tverrfaglige kollegaer som skal støtte opp ulike deler av arbeidet, noe jeg forstår å ha kjennetegn ved det Orviks beskriver som organiseringskompetanse (2009).

Det kan tyde på at samarbeidet bidrar til at sykepleieren i større grad kan mestre det organisatoriske arbeidet som forskning viser kan være til frustrasjon blant nyutdannede sykepleiere. Av den grunnen forstår jeg samarbeidet med PSHT som en viktig læringsarena for nyutdannede sykepleiere og man kan argumentere for at ledere i spesialisthelsetjenesten i større grad bør involvere teamet tidlig i nyutdannede sykepleieres karriere. Ifølge Storm et al. (2014) kan kompetansehevende tiltak som trening på ulike prosesser ved pasientoverganger ha positive effekter når det gjelder å redusere uønskede hendelser i pasientoverganger. Et forslag kan derfor være å søke kompetanse fra PSHT, for eksempel gjennom internundervisning, invitasjoner til deltakelse på nyansattuker eller gjennom å invitere teamet for å sammen øve på praktiske oppgaver ved organisering av utskrivelser. Jeg mener dette kan være et utgangspunkt for å bedre tilrettelegge for at nyutdannede sykepleiere i større grad kan mestre en kompleks, men svært viktig del av sykepleieryrket i dag.

## 5.4 Inspirasjon til utvikling av egen utskrivningspraksis

Pasienten beskrives av sykepleierne som en aktiv deltaker i utskrivningsprosessen, og de beskriver at PSHT tar utgangspunkt i hva de opplever som viktig. Dersom det for pasienten er viktig at vedkommende får oppfølging av fysioterapeut etter innleggelsen, legger teamet til rette for dette. Ifølge sykepleierne deltar pasienten også ofte under planleggingen, enten fra sykehuset eller ved å delta på hjemmebesøk, noe de får positive tilbakemeldinger på av pasienter. Mulighet for medvirkning og forutsigbarhet fremmes av helsemyndigheter som viktig *«for om pasienter og pårørende føler seg trygge og opplever helse- og omsorgstjenesten som sammenhengende og helhetlig»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 41). En slik beskrivelse har kjennetegnet med det jeg finner i sykepleiernes beskrivelser av samarbeidet. Dersom man setter samarbeidet på «spissen» kan man stille spørsmål ved om «alle» eldre pasienter skulle hatt et team som PSHT ved utskrivelse. Men en slik tanke er neppe bærekraftig for helsetjenesten, hverken i dag eller i fremtiden.

En av sykepleierne i mitt prosjekt gir uttrykk for at hun ved å samarbeide med PSHT hadde fått større interesse for å delta i prosjekter som hadde fokus på utskrivningsprosesser. Sykepleieren snakker om at de tok sikte på å systematisk kartlegge pasienter med behov eller forventet behov for kommunale tjenester i etterkant av innleggelse innen ett døgn, noe de ifølge henne klarte i svært mange tilfeller. Å utforske muligheter for å bedre egen utskrivningspraksis synes viktig i arbeid med å skape trygge overganger i en større kontekst og for at sykepleiere selv kan utvikle sin kompetanse.

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever prosjekter som har etablert *«kunnskap om hva som skal til for å sikre trygge overganger mellom sykehus og kommune»* (Helse & omsorgsdepartementet, 2019, s. 42). Læringsnettverk for gode pasientforløp fremheves av *«veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov»* som metode for tjenesteutvikling (Helsedirektoratet, 2017), hvor ett nettverk omfatter tiltak for forbedring av utskrivning fra sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Formålet med læringsnettverket er å bidra til forbedring av tjenesteoverganger mellom sykehus og kommune. Ett av virkemidlene i arbeidet er å bevege fokus fra *«hva er i veien med deg? til hva er viktig for deg»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 161), slik det og fremkommer av sykepleieren når hun snakket om sitt prosjekt. Andre virkemidler i læringsnettverket er å ta sikte på å *«utvikle forløp etter en modell med åtte sjekkpunkter som*

*til sammen ivaretar kartlegging og oppfølging av den enkelte», og at man følger opp arbeidet med faste møter og målinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 161).*

Helsedirektoratet (2017) omtaler læringsnettverk i Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov som annerledes enn andre typer kvalitet- og kompetanseutvikling ved at man har et felles forbedringsområde, at opplevelsen av «lagfølelse» skaper arenaer for kunnskapsdeling og for å inspirere hverandre og at nettverket varer over lengre tid. En kunnskapsoppsummering (Bakke, Udness, & Harboe, 2011) som undersøkte «læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring», fant at mange deltakere erfarte at læringsnettverk bidro til kompetanseutvikling, samt at deltakelse fremmet samhandling over ulike organisatoriske nivåer. Det fordrer samtidig forankring i ledelse og hos medarbeidere dersom læringsnettverk skal skape kvalitetsforbedring (Bakke et al., 2011, s. 2).

Selv om PSHT ifølge sykepleierne beskrives som et svært godt tilbud for eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehus og som pasienter utvilsomt vil ha nytte av i fremtiden, er det også viktig å utforske andre metoder for å utvikle egen utskrivningspraksis. Læringsnettverk for gode pasientforløp kan være en egnet måte å engasjere sykepleiere til å delta i forbedring av egen utskrivningspraksis og det kan også være en arena for å inspirere og til å lære av hverandre, slik sykepleieren gir uttrykk for at hun ble inspirert av PSHT. Dette må samtidig forankres i ledelse og en kultur som fremmer forbedringsarbeid.

Jeg vil nå gå over til å diskutere noen konsekvenser jeg tenker at denne studien kan ha for utskrivningspraksis i sykehus, før jeg reflekterer over studiens metodevalg og prosess.

## **5.5 Konsekvenser for praksis**

Helsemyndigheter peker på et behov for å arbeide i team rundt sårbare pasienter, spesielt ved utskrivelse fra sykehus. Mitt prosjekt har skapt en dypere forståelse over hvilket bidrag et slikt samarbeid kan ha for sykepleieres utskrivningsarbeid og ikke minst for den eldre pasienten. Resultatene viser at det i noen situasjoner er gunstig med et samspill mellom sykepleiere i sykehus og PSHT som beveger seg mellom sykehus og pasientens hjem for å fasilitere trygge utskrivelser fra sykehus.



Samtidig som jeg var interessert i deres erfaringer med samarbeidets bidrag og funksjon, var jeg også interessert i deres refleksjoner rundt hvorvidt samarbeidet kan tilrettelegge for læring og utvikling av egen utskrivningspraksis. Ifølge mine analyser kan samarbeidet forstås som en viktig arena for nettopp dette. Sykepleierne hadde ulike perspektiver på hvordan samarbeidet kunne endre deres arbeidsform, men til felles synes sykepleierne å beskrive fenomener som kan bidra til forbedring av egen utskrivningspraksis. Det synes å handle om konkrete endringer som å være mer oppmerksom på hvilke medikamenter pasienten står på ved utskrivelse, til å omhandle større perspektiver som utvikling og forståelse for den organisatoriske dimensjonen ved utskrivelser, til å la seg inspirere av PSHTs pasientsentrerte arbeidsform i egen praksis og til å ønske å starte egne lokale prosjekter som tar sikte på systematisk kartlegging av pasienter ved innleggelse.

Jeg anser mitt prosjekt som et bidrag som også kan gjelde utover samarbeidet. Kanskje kan denne oppgaven inspirere andre sykepleiere og ledere til å starte egne forbedringsprosjekt og til å ønske å arbeide med tverrfaglige ressurser om utskrivning, enten ved ressurser tilknyttet sine avdelinger eller ved å henvende seg til teamet. Kanskje kan prosjektet bidra til å søke kompetanse hos andre, enten det er på tvers av avdelinger for å utforske andres utskrivningspraksis, slik jeg har gjort i mitt prosjekt, eller å søke kompetanse hos PSHT. Min forståelse er at PSHT er et viktig tilbud til pasienter ved utskrivelse fra sykehus og for sykepleieres utskrivningsarbeid, men kanskje må teamet i større grad også forstås som et bidrag som kan inspirere og utvikle sykepleieres egen utskrivningspraksis.

## 5.6 Metodekritikk

Masterprosjektet har tatt utgangspunkt i kvalitative intervju av fire sykepleiere og deres erfaringer med utskrivningspraksis og samarbeid med pasientsentrert helsetjenestetteam om eldre pasienter i overganger mellom sykehus og kommune. Jeg vil her rette et kritisk blikk mot forskningsprosessen og beskrive styrker og svakheter ved prosjektets validitet og pålitelighet. Validitet omhandler «*hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke*» (Kvale et al., 2015, s. 276). Selv om forskningsspørsmålene i prosessen har endret seg, har problemstillingen hele veien vært den samme. Jeg har vært ute etter å innhente sykepleieres erfaringer ved et fenomen, og på den måten anses kvalitative intervju som hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Samtidig vil en svakhet ved denne metoden kunne være at jeg er helt ny i intervjusettingen og at intervjuene foregikk digitalt. Selv om jeg

opplevde at samtalene fløt lett, stiller jeg spørsmål ved om et fysisk møte kunne bidratt til større åpenhet og til en litt mindre formell struktur på samtalen.

En styrke ved prosjektet er at jeg ikke har erfaringer fra samarbeid med teamet, noe som kan bidra til at holdninger og selverfarte opplevelser holdes utenfor forskningsprosessen og empirien. Dette gjelder dog ikke for generell utskrivningspraksis ved avdelingen, et praksisfelt jeg har lang erfaring fra selv, noe jeg har vært spesielt oppmerksom på gjennom prosessen. Det at jeg har erfaringer fra utskrivningspraksis anser jeg samtidig som et viktig bindeledd mellom meg og informantene i intervjukonteksten. Jeg opplevde at en felles referanse til arbeid med utskrivning skapte en god intervjusetting. En felles referanse gjorde samtidig at jeg måtte være oppmerksom på at de ikke snakket i «koder» som for meg kan forstås, men for andre ikke. Jeg var derfor opptatt av at sykepleierne skulle forklare så beskrivende som mulig de fenomenene de snakket om. Selv om jeg har forsøkt å være oppmerksom på dette, ser jeg i etterkant at jeg kunne vært mer oppmerksom på å få informantene til å utdype enkelte fenomen om *utskrivningspraksis*, noe jeg anser som en svakhet ved prosjektet. Gjennom analyseprosessen har jeg erkjent at jeg i større grad spurte om informantene kunne utdype, eksemplifisere og bekrefte eller avkrefte om jeg forstod deres beskrivelser av *samarbeidet* riktig, noe jeg anser som en styrke i prosjektet. Her kommer min forforståelse inn i bildet. Der jeg har erfaring står jeg i større risiko for å overse og ikke etterfølge informasjon som kan være relevant, og der jeg har mindre erfaring skaper nysgjerrighet og mindre kunnskap om et fenomen til større rom for utforskning og ønsker om utdyping.

Pålitelighet handler om sammenheng internt i prosjektet dens synlighet i rapporteringen. Det omhandler å synliggjøre bakgrunnen for å gjøre prosjektet, hvordan prosjektet er gjennomført, hvordan man har rekruttert informanter, hvordan datamaterialet er analysert og å reflektere over utfordringer som har dukket opp underveis (Tjora, 2021). Jeg har gjennom metodekapitlet redegjort for hvilke vurderinger jeg har gjort for å vise hvordan forskningsprosessen har pågått, både når det gjelder å beskrive hensikten med prosjektet, bakgrunn for valg av- og rekruttering av informanter, intervjusettingen og gjennomføring av intervju og analyseprosessen. Når det gjelder utvalget, kan det tenkes at deltakere som finner samarbeidet positivt og engasjerende har ønsket å delta i prosjektet, noe som kan ha påvirket funnene i prosjektet. Tjora (2021) beskriver at måten informantene blir valgt ut, kan ha betydning for studiens pålitelighet.

Tjora (2021) beskriver at prosjektets pålitelighet styrkes av å reflektere omkring egen kunnskap og engasjement rundt fenomenet som forskes på. Jeg har forsøkt å vise innsyn i de valgene jeg har tatt og redegjort for hvordan min forforståelse har påvirket prosjektet. Jeg ønsker og å beskrive hvordan min forforståelse har endret seg gjennom prosessen. Et eksempel på min forforståelse *før* jeg startet prosjektet er at jeg trodde sykepleierne opplevde at utskrivningsarbeid krevde mye tid og ressurser, og at teamet kunne avlaste dem med organisatorisk og praktisk arbeid. Dette har jeg gjennom tolkningsprosessen erkjent å ikke stemme slik jeg i utgangspunktet tenkte, siden sykepleierne i stor grad beholdt det organisatoriske ansvaret selv. Jeg hadde heller ikke tenkt over at samarbeidet kunne være ekstra viktig for nyutdannede sykepleiere. En annen faktor som overrasket meg, var hvor stor betydning hjemmebesøkene viste seg å ha for sykepleierne og pasienten. Før intervjuene tenkte jeg at dette hadde en mindre og avgrenset praktisk betydning, men det viste seg både gjennom intervjuene og analyseprosessen å ha en langt større betydning for sykepleierne. Dette er forståelser som er kommet frem av hermeneutiske fortolkninger, hvor man gjennom den hermeneutiske sirkel pendler mellom del og helhet og forsøker å forstå begge deler på best mulig måte (Thornquist, 2018). Sirkelbegrepet blir kritisert for å føre til repetisjon, mens en spiral uttrykker en videre bevegelse «*som for hver omdreining bidrar til økt forståelse*» (Thornquist, 2018, s. 171). Det er gjennom en slik spiralbevegelse at forskeren kan skape «*fordypning av sin meningsforståelse*» (Thornquist, 2018, s. 171). Jeg brukte lang tid på å forsøke å forstå hva deltakerne egentlig snakket om og måtte legge til side oppfatninger om hva jeg tenkte materialet svarte på. Å forholde meg til tekstnær koding i analyseprosessen og ikke minst å bevege meg frem og tilbake mellom empiri og teori hele veien har vært viktig for å forholde meg tro mot materialet. Som beskrevet i metodekapitlet kan forforståelsen bidra til å overskygge det empiriske materialet. Jeg har gjennom metodekapitlet og i metodekritikk ønsket å vise hvordan min forforståelse har preget prosjektet. Samtidig har jeg ønsket å formidle hvordan bevissthet rundt dette kan skape rom for å utvikle kunnskap i stedet for å bekrefte det man selv tenker er riktig eller å se bort fra det deltakerne formidler som viktig.

I etterkant ser jeg verdien av at sykepleierne kom fra ulike avdelinger, både medisinske og kirurgiske. Prosjektet handlet ikke om hvordan selve behandlingen spilte inn i samarbeidet, men hvordan selve utskrivningspraksisen og samarbeidet utspilte seg i klinisk praksis. Jeg anser dette som en styrke i prosjektet, at studien åpner for et innblikk i hvordan samarbeidet kommer til uttrykk gjennom ulike somatiske praksiser.

Resultatene for masterprosjektet er løftet frem gjennom et teoretisk rammeverk som synliggjør perspektiver som forankres i mine valg. Mitt valg av teori kan bidra til å forstå én side av temaet, samtidig som andre teoretiske ressurser kunne fremhevet andre sider ved det empiriske materialet. Jeg har støttet meg til forskning og teoretiske ressurser som underbygger mine funn, noe som kan styrke prosjektets gyldighet (Tjora, 2021). Jeg kan samtidig ikke generalisere hvordan utskrivningspraksis og samarbeidet erfares for allmennheten basert på mitt prosjekt, det kan oppleves annerledes for andre sykepleiere. Malterud (2017) snakker i stedet om overførbarhet, herunder om hvilken kontekst det empiriske materialet kan gjelde utover andre sammenhenger enn det jeg har kartlagt. Utvikling av egen utskrivningspraksis kan være et viktig fenomen i denne konteksten. Utskrivningsarbeid er et kjent fenomen for sykepleiere og sykepleierne forteller om hvordan samarbeidet har bidratt til at de på ulike måter tilnærmer seg utskrivningsarbeid annerledes etter å samarbeide med teamet. Kanskje kan dette prosjektet være til nytte også for andre sykepleiere eller ledere som ønsker å forbedre sin lokale utskrivningspraksis, for eksempel gjennom å søke kompetanse fra teamet eller ved å inspireres til å starte egne prosjekter som omfatter utskrivningsprosesser.

## 6 Avslutning

Studien har vist at sykepleiernes utskrivningsarbeid kjennetegnes av både rutinepregede og mer pågående prosesser. Sykepleierne strekker seg langt for å fasilitere gode pasientoverganger og bruker tilgjengelige ressurser for å støtte sitt arbeid. De forventer at det skal oppstå endringer i utskrivningsprosesser og de forsøker å forutse pasientens behov. Samtidig oppstår det situasjoner som gjør sykepleiernes selvstendige utskrivningsarbeid utfordrende, noe som gjør at de i en del tilfeller kontakter PSHT. Usikkerhet rundt pasientens hjemmesituasjon og usikkerhet tilknyttet pasientens omsorgsbehov beskrives av sykepleierne som hovedgrunner for å støtte seg til teamet. Manglende institusjonsplasser i kommunene, gjør at det legges press på å skrive ut pasienter som står i skjæringsfeltet mellom ulike omsorgsnivåer, noe som stiller store krav til sykepleierne som skal sikre gode og trygge pasientoverganger. Sykepleierne gir uttrykk for at organisering av utskrivelser i noen situasjoner vanskelig kan forstås og gjennomføres fra et sykehusperspektiv alene. PSHT bidrar ifølge sykepleierne til å støtte opp og sikre trygge overganger og synes å fungere som en forlengelse av deres arbeid, noe som igjen synes å tilrettelegge for god forløpsorganisering i fellesskap. Sykepleierne gir uttrykk for å inkludere pasienten i utskrivningsprosessen, de snakker med pasienten om deres tanker omkring utskrivning og spør pasienten hva de selv tenker om sitt tjenestebehov. Samtidig må de forholde seg til et rammeverk som synes å begrense både pasienten og sykepleierne i å delta i bestemmelser om pasientens tjenestebehov.

Samarbeidet synes ifølge mine analyser å bidra til at sykepleiere i større grad inkluderer pasientens perspektiver og til å tilrettelegge for utvikling av organisatorisk kompetanse blant nyutdannede sykepleiere. Samarbeidet mellom sykepleierne og PSHT forstås som et viktig tilbud til pasienter ved utskrivelse fra sykehus, og som en viktig støtte for sykepleiernes utskrivningsarbeid, men kanskje kan man også forstå samarbeidet som å tilrettelegge for utvikling av sykepleieres egen utskrivningspraksis.

## 6.1 Videre forskning

I dette prosjektet har jeg undersøkt hvordan sykepleiere i sykehus erfarer utskrivningspraksis og deres erfaringer med å samarbeide med pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT). Dette gir kun ett perspektiv på samarbeidet. En annen interessant vinkling kunne vært å undersøke hvordan samarbeidet erfares fra hjemmesykepleiens perspektiv, fra hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever å samarbeide med PSHT når pasienten er kommet hjem. Hva betyr det for hjemmesykepleien at teamet bistår pasienten i tiden etter utskrivelse? Det ville også vært spennende å undersøke hvordan pasienten selv opplever overgangen fra sykehus til hjem når teamet er involvert.

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at de hadde henvist pasienter til PSHT som var innlagt i sykehuset i påvente av korttidsopphold i etterkant av innleggelsen. Sett fra et systemperspektiv vil det være interessant å utforske om, og i hvilke tilfeller tjenester fra PSHT kan ha betydning for pasienters behov for korttids plass i institusjon i forlengelse av sykehusopphold. Som beskrevet i innledningen har kommunene betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, der tanken er at kommuner skal ta imot pasienter tidligere fra sykehus og bidra til en kostnadseffektiv helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019). Tall fra 2018 viser midlertidig en betydelig vekst i liggetid på sykehus for utskrivningsklare pasienter. I 2017 sto eldre utskrivningsklare pasienter og enkelte behandlinger for nesten 80 prosent av ressursbruken i somatisk spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019, s. 5). Dersom det er slik at utskrivningsklare pasienter kan utskrives hjem med tjenester fra PSHT, vil det kunne bidra til at pasienter skrives ut tidligere? Kan det ha betydning for pasientflyt i helseforetakene?

## 7 Referanseliste

- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: from individual to organisational relationships. *Soc Sci Med*, 119, 131-138. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.036
- Allen, D. (2019). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice. *J Nurs Manag*, 27(1), 4-9. doi:10.1111/jonm.12645
- Allen, D., & Birkeland, E. U. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Allen, D., Purkis, M. E., Rafferty, A. M., & Obstfelder, A. (2019). Integrating preparation for care trajectory management into nurse education: Competencies and pedagogical strategies. *Nurs Inq*, 26(3), e12289-n/a. doi:10.1111/nin.12289
- Bakke, T., Udness, E., & Harboe, I. (2011). *Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring* (nr. 23 ). Retrieved from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport\\_2011\\_23\\_laringsnettverk.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_23_laringsnettverk.pdf)
- Baxter, R., Shannon, R., Murray, J., O'Hara, J. K., Sheard, L., Cracknell, A., & Lawton, R. (2020). Delivering exceptionally safe transitions of care to older people: a qualitative study of multidisciplinary staff perspectives. *Bmc Health Services Research*, 20(1), 780-780. doi:10.1186/s12913-020-05641-4
- Bergmo, T. S., Berntsen, G. K., Dalbakk, M., & Rumpfeld, M. (2015). The effectiveness and cost effectiveness of the PATient-Centred Team (PACT) model: study protocol of a prospective matched control before-and-after study. *Bmc Geriatrics*, 15(1), 133-133. doi:10.1186/s12877-015-0133-x
- Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., . . . Rumpfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *Bmc Health Services Research*, 19(1), 682. doi:10.1186/s12913-019-4397-2
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*. Hentet fra [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2499035/Danielsen\\_Nilsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2499035/Danielsen_Nilsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (07.02.2019). *Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst)*. Hentet 03.05.2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>

- Ellingsen, S., & Drageset, S. (2009). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt.  
<https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/273570>
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Retrieved from  
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115). Hentet fra  
[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/KAPITTEL\\_3#%C2%A79](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/KAPITTEL_3#%C2%A79)
- Gautun, H., Bratt, C., & Billings, J. (2020). Nurses' experiences of transitions of older patients from hospitals to community care. A nation - wide survey in Norway. *Health science reports*, 3(3), e174-n/a. doi:10.1002/hsr2.174
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47). Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak - Nasjonal veileder*. Oslo Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. Nr. 15 (2017-2018)). Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. Nr. 7 (2019-2020)). Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. (Meld. St. Nr. 11 (2020-2021)). Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. (IS-2442). Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf> /attachment/inline/f5e1c82b-c923-



[43e4-b13e-0182b8a33a16:5c5245da955c44b496c2e271abe415c8ab23a5b8/Veileder%20for%20aksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veileder/43e4-b13e-0182b8a33a16:5c5245da955c44b496c2e271abe415c8ab23a5b8/Veileder%20for%20aksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf)

Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2019). *Helhet og sammenheng - Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester (S-2765)*. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helhet-og-sammenheng-utvikling-og-variasjon-i-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester-blant-pasienter-med-behov-for-helhetlige-tjenester/Helhet%20og%20sammenheng%20-%20Utvikling%20og%20variasjon%20i%20bruk%20av%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20blant%20pasienter%20med%20behov%20for%20helhetlige%20tjenester.pdf/\\_attachment/inline/31f257fb-a4f4-4e24-907c-bddab8e3abe8:24eb810a96a16762f7d5698206a8b3c425d7b67a/Helhet%20og%20sammenheng%20-%20Utvikling%20og%20variasjon%20i%20bruk%20av%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20blant%20pasienter%20med%20behov%20for%20helhetlige%20tjenester.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helhet-og-sammenheng-utvikling-og-variasjon-i-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester-blant-pasienter-med-behov-for-helhetlige-tjenester/Helhet%20og%20sammenheng%20-%20Utvikling%20og%20variasjon%20i%20bruk%20av%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20blant%20pasienter%20med%20behov%20for%20helhetlige%20tjenester.pdf/_attachment/inline/31f257fb-a4f4-4e24-907c-bddab8e3abe8:24eb810a96a16762f7d5698206a8b3c425d7b67a/Helhet%20og%20sammenheng%20-%20Utvikling%20og%20variasjon%20i%20bruk%20av%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20blant%20pasienter%20med%20behov%20for%20helhetlige%20tjenester.pdf)

Høyem, A., Gammon, B. D., Berntsen, G. K. R., & Steinsbekk, A. (2018). Keeping one step ahead: A qualitative study among Norwegian health-care providers in hospitals involved in care coordination for patients with complex needs. *International journal of care coordination*. doi:10.1177/2053434518764643

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.

Kompetansebroen. (2018, 01.01.2018). Legemiddel-samstemming. Retrieved from <https://www.kompetansebroen.no/courses/legemiddelsamstemming?o=ahus>

Krøll, V., & Hansen, H. (2000). Den nyuddannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år - set fra et empirisk og fagprofessionelt perspektiv. *Vård i Norden*, 20(4), 10-16. doi:10.1177/010740830002000403

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvæl, L. A. H., Hellesø, R., Bergland, A., & Debesay, J. (2022). Balancing standardisation and individualisation in transitional care pathways: a meta-ethnography of the perspectives of older patients, informal caregivers and healthcare professionals. *Bmc Health Services Research*, 22(1), 430-430. doi:10.1186/s12913-022-07823-8

Landheim, A., & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport*. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/ee468d7c978c434d9a4d85e4d2b74169/fact\\_sluttrapport.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/ee468d7c978c434d9a4d85e4d2b74169/fact_sluttrapport.pdf)

- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work, 41 Suppl 1*, 2915-2924. doi:10.3233/WOR-2012-0544-2915
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract, 9*(3), 202-209. doi:10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x
- Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S., & McGinn, T. (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med, 18*(8), 646-651. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20722.x
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A., & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, "what matters to you?" - perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *Bmc Health Services Research, 20*(1), 317-317. doi:10.1186/s12913-020-05150-4
- Orvik, A. (2009). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien forskning (Oslo)*(8), 42-46. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0023
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2017). *Vedlegg 2.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten*. Retrieved from [https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak\\_pasienter\\_kommunehelsetjeneste.pdf](https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak_pasienter_kommunehelsetjeneste.pdf)
- Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien forskning (Oslo), 4*(1), 52-60. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0036
- Storm, M., Siensen, I. M., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *Int J Integr Care, 14*, e013. doi:10.5334/ijic.1194

- Thidemann, I.-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen — om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 25(1), 10-15. doi:10.1177/010740830502500103
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R., & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus* (STF78 A013506). Retrieved from <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2475809?locale-attribute=no>
- Waring, J., Bishop, S., & Marshall, F. (2016). A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service. *Bmc Health Services Research*, 16(1), 297-297. doi:10.1186/s12913-016-1568-2

# Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til deltakere

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Samarbeidet mellom sykepleiere og tverrfaglig samhandlingsteam om støttet utskrivning for eldre pasienter med sammensatte helsetjenestebehov»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle kunnskap om hvordan sykepleiere opplever å samarbeide med tverrfaglig samhandlingsteam i sykehus. I dette skrivet gir vi informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg dersom du velger å delta.

### Om forskningsprosjektet

Eldre pasienter med flere sykdommer som er innlagt i sykehus har ofte et uttalt koordineringsbehov både under- og etter innleggelse. For å skape sammenheng i pasientforløp er det utviklet modeller med team bestående av ansatte både fra spesialisthelsetjenesten- og kommunehelsetjenesten som skal bistå i overgangene mellom sykehus og pasientens hjem eller mellom hjem og sykehus. Prosjektet tar sikte på å intervju sykepleiere som har samarbeidet med et slikt team.

Helsemyndigheter vil utvide team-baserte løsninger for å skape helhetlige og sammenhengende helsetjenester til pasienter og det er derfor viktig å forstå hvordan et slikt team kan bidra i overgangsfasene – sett fra ståstedet til sykepleiere i sykehus.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Tromsø vil være ansvarlig for prosjektet. Audhild Høyem, PhD vil være prosjektleder og veileder for masterprosjektet.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å undersøke min problemstilling ønsker jeg å intervju fire til fem sykepleiere som har erfaring fra samarbeid om støttet utskrivning.

Deltakerne skal rekrutteres fra to kirurgiske/medisinske sengeposter og skal ha samarbeidet med tverrfaglig samarbeidsteam. Deltakerne skal ha jobbet som sykepleier ved den aktuelle sengeposten i minimum to år.

Vi har henvendt oss til ledere i spesialisthelsetjenesten med spørsmål om hjelp til rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet. Det er en av dine ledere som har vurdert at du fyller kriteriene for deltakelse, og som har videreformidlet denne forespørselen til deg.

### Hva innebærer det å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et individuelt intervju. Det vil ta omtrent 45 minutter. Intervjuet vil med din godkjenning bli tatt opp med lydopptak og jeg vil ta notater underveis.

Dersom koronapandemien gjør det vanskelig for oss å møtes i samme rom, vil vi bruke den digitale møteløsningen Teams for gjennomføring av intervju. Det vil da bli gjort lydopptak av det digitale møtet.

I forbindelse med gjennomføring av intervjuet vil du bli bedt om å oppgi informasjon om din utdanning og arbeidserfaring. Vi ber ikke om informasjon knyttet til områder som helse eller personlige forhold.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Du kan kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker opplysningene om de som deltar**

Vi vil bare bruke opplysningene om deltakerne til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navn og kontaktopplysninger vil lagres på en egen navneliste som vil være adskilt fra resten av datamaterialet, og vil ikke være tilgjengelig for andre enn meg og prosjektleder. Når lydopptakene skrives ut blir navn byttet ut med fiktive navn, og eventuelle personlige kjennetegn fjernet. Det vil brukes fiktive navn i eventuelle sitater som refereres i masteroppgaven. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i masteroppgaven eller andre publikasjoner.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Lydopptak og personopplysninger vil slettes når prosjektet avsluttes/masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.2022.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På siste side finner du samtykkeerklæringen som skal fylles ut, signeres og sendes inn dersom du velger å delta.

På oppdrag fra UiT Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: UiT Norges arktiske universitet, ved en av forskerne:

- Audhild Høyem, telefon 90547197. E-post: [audhild.hoyem@uit.no](mailto:audhild.hoyem@uit.no)
- Hanna Hartvigsen telefon 41507986. E-post [hha047@uit.no](mailto:hha047@uit.no)

UiT Norges arktiske universitet ved Personvernombudet:

Telefon: 77646322 eller 97691578. E-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Audhild Høyem  
(Prosjektleder/veileder)

Hanna Hartvigsen  
Masterstudent

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samarbeidet mellom sykepleiere og tverrfaglig samhandlingsteam om støttet utskrivning for eldre pasienter med sammensatte helsetjenestebehov» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Kontaktinformasjon for avtale om tid og sted for intervju

e-post	
Telefon	

Signert samtykke (kun denne sida) skannes eller fotograferes og sendes til Hanna Dyrstad Hartvigsen på epost eller som tekstmelding (sms), hvis du da ikke signerer på papir og sender i posten. De første to sidene kan du beholde.

e-post: hha047@uit.no

sms til: 41507986

i posten: Neslia 1C, 1344 Haslum

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

**Mål:** å utvikle kunnskap om hvordan organisering av utskrivningsprosesser og kvalitet i utskrivningsarbeid kan bli bedre

**Hensikt:** Undersøke hvordan sykepleiere i kirurgisk sengepost vurderer samarbeid med et tverrfaglig samhandlingsteam om utskrivning av eldre pasienter med sammensatte hjelpebehov

### Introduksjon

- Hvem jeg er, presentasjon av- og formål med prosjektet
- Godkjenne bruk av lydopptak
- Informere om personvern
- Innhente samtykke
- Informere om hovedtemaer for intervjuet
- Det er viktig at du er obs på ikke å gi for beskrivende informasjon om pasienter – vi må ta hensyn til tredjepart (i henhold til regler om personvern i forskning).
- Tidsaspekt

### Spørsmål om deltakeren

- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
- Hvor lenge har du jobbet på avdelingen?
- Hvilken stilling/rolle har du i avdelingen?
- Har du videreutdanning? Hvilken?
- I hvor mange pasientsaker har du samarbeidet med Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT)?

### Om pasientgruppa vi snakker om

Info: I dette prosjektet definerer vi komplekse behov slik:

*Eldre pasienter med flere sykdommer eller omfattende funksjonssvikt, som ofte vil ha behov for kommunale tjenester i etterkant av sykehusopphold, og derfor kan ha et*



*koordineringsbehov både under- og i etterkant av sykehusopphold et.*

1. Kjenner du igjen denne «pasientgruppen»? Har du erfaring med pasienter som passer inn i denne «kategoriseringen»?

### **Utskrivningspraksis ved sengeposten (generelt)**

2. Hva tenker du er en optimal utskrivningsprosess for eldre med komplekse behov? (sett fra pasientens ståsted – og sett fra ditt ståsted)
3. Kan du si noe om dine erfaringer fra utskrivningsprosesser for denne pasientgruppen – på generelt grunnlag (hva, hvordan, hvorfor, hva er mulig å få til)?
4. Hva gjør du vanligvis i en utskrivningsprosess for pasienter som har behov for (økt) oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning fra sykehus til hjemmet? (altså når PSHT ikke er involvert?) (generelle sykepleierrollen)

### **Om det pasientsentrerte teamet**

5. Hvordan har du fått vite om det pasientsentrerte teamet?
6. I hvilke situasjoner henviser deres enhet pasienter til det tverrfaglige samhandlingsteamet?
  - Hva er som gjøre at dere velger å bruke teamet (eller ikke? Er det forhold ved pasienten eller forhold ved posten/personalet?)
  - Hvem henviser vanligvis, hvordan?

### **Roller og ansvar i samarbeid med teamet**

7. Hva er det teamet gjør når de kommer inn i en ny pasientsak på din post? Beskriv:

8. Hvordan fordeles arbeidsoppgaver mellom deg og teamet i en samarbeidende utskrivningsprosess? (Ta gjerne utgangspunkt i et konkret eksempel)
  - Hva gjør du og hva gjør de?
9. Kommer teamet ofte inn med nye tiltak/ideer/handlinger som man ikke har tenkt på tidligere?
10. Kan du beskrive en situasjon hvor samarbeidet med teamet var spesielt vellykket? Hva gjorde det vellykket? (Uten å gi beskrivende informasjon om pasienter)
11. Kan det oppstå barrierer i samarbeidet?  
Hvilke? Hva kan være bakgrunnen for det etter din mening?

### **Arbeidsform og kvalitet på utskrivningene**

12. Hva vil du anse som den viktigste erfaringen fra samarbeid med teamet? Beskriv
13. Har du endret din egen måte å jobbe med utskrivningsprosesser på etter at du begynte å samarbeide med teamet? Beskriv
14. Har avdelingen endret sin arbeidsform synes du? Beskriv
15. Hva er din forståelse av samarbeidets bidrag for
  - Deg som sykepleier?
  - Utskrivingsarbeidet i avdelingen?
  - Den eldre multisyke pasienten?  
(for eksempel: Bidrar teamet til å unngå reinnleggelser på sykehus eller innleggelser i korttids plass/sykehjem, etter din erfaring?)

**Er det noe mer du synes er viktig, som vi ikke har vært innom?**

## Vedlegg 3 - Godkjenninger fra NSD

### Vurdering

#### Referansenummer

381632

#### Prosjektittel

Samarbeidet mellom sykepleiere og et tverrfaglig samhandlingsteam om støttet utskrivning for eldre pasienter med sammensatte helsetjenestebehov

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Audhild Høyem, audhild.hoyem@uit.no, tlf: 90547197

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Hanna Hartvigsen, hha047@uit.no, tlf: 41507986

#### Prosjektperiode

02.08.2021 - 31.12.2022

#### Vurdering (2)

---

##### 22.09.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 21.09.2021.

Nettskjema-diktafon (ved UiO) benyttes for å samle inn data. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.09.2021.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

#### **16.07.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

