



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1

Antall ord: 7153

Et reformert helsevesen – rett behandling – på rett sted – til rett tid?



Illustrasjonsfoto hentet fra: <http://www.nito.no/Bioingenioren/Aktuelt-fra-Bioingenioren1/Samhandlingsreformen-Fremad-i-alle-retninger/>

Utdanning: Bachelorgrad i sykepleie

Kull: 2012

Antall ord: 7153

Avdeling: Haugesund

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen ble innført 1. Januar 2012. Denne førte med seg flere forandringer, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kreves en ny kompetanse ute i kommunene da pasientene som er utskrivningsklare fra sykehus er i dårligere fatning nå enn tidligere. Hensikten med oppgaven var å se hvordan en kan opprettholde faglig forsvarlig sykepleie til syke og skrøpelige eldre for å unngå reinnleggelser.

Metode: Oppgaven er utført som et litteraturstudie. For å belyse tema og problemstilling er det blitt brukt faglitteratur, forskningsartikler og teori som allerede eksisterer. Litteraturen er blitt kritisk vurdert for å kunne besvare problemstillingen mest mulig.

Funn: For å kunne gi og opprettholde faglig forsvarlig sykepleie etter at samhandlingsreformen kom i kraft kreves det faglig oppdatering på sykehjemmene. Det er også knyttet utfordringer til kommunikasjon og koordinering instansene imellom. Det er imidlertid gjort lite forskning på emne, noe som gjør at behovet for å se hvordan det går med pasientene etter at reformen er trådt i kraft er stort.

Abstract

Background: *Samhandlingsreformen* was introduced on 1 January 2012. This reform led to several changes in both the specialist and municipal health services. The patients are now in a poorer condition than before when discharged from hospital. This requires a new expertise in the municipality's services. The purpose of the study was to see how nurses could maintain professional responsibility to frail elderly to avoid readmissions.

Methods: This thesis is a systematic literature study. To illustrate the topic and research question, textbooks, research articles and theories have been used. The literature has been critically evaluated in order to answer the thesis.

Conclusion: To provide and maintain professional responsibility by the reform it requires professional updating. There are also challenges attached to communication and coordination between the hospitals and nursing homes. However, there has not been done much research on this topic. This means that more research on the topic is required.

Innholdsliste

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling | 3 |
| 2.0 | Teori | 4 |
| 2.1 | Afaf Ibrahim Meleis teori | 4 |
| 2.2 | Samhandlingsreformen..... | 6 |
| 2.3 | Faglig forsvarlighet..... | 8 |
| 2.4 | Pasientgruppen - syke og skrøpelige eldre | 8 |
| 2.5 | Rammeplan for sykepleiere | 10 |
| 2.6 | Verdighet | 11 |
| 2.7 | Verdighetsgarantien | 11 |
| 2.8 | NSFs etiske retningslinjer for sykepleiere | 12 |
| 2.9 | Handlingsberedskap | 12 |
| 2.10 | Handlingskompetanse | 12 |
| 3.0 | Metode | 13 |
| 3.1 | Redegjørelse av metode | 13 |
| 3.2 | Litteratur og litteratursøk..... | 14 |
| 3.3 | Kildekritikk | 15 |
| 4.0 | Resultat | 17 |
| 4.1 | Solli, H. (2009) | 17 |
| 4.2 | Abrahamson, K., Mueller, C., Davila, H. W og Arling, G. (2014)..... | 18 |
| 4.3 | Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedström, M. (2012) | 19 |
| 4.4 | Arendts, G., Reibel, T., Codde, J. & Frankel, J. (2010)..... | 20 |
| 4.5 | Ashcraft, A. S. & Owen, D. C. (2014) | 21 |
| 5.0 | Drøfting | 23 |
| 5.0.1 | Kommunikasjon og koordinering kan bedre hverdagen for pasientene ... | 23 |
| 5.0.2 | For å gi faglig forsvarlig sykepleie trengs faglig oppdatering | 26 |
| 5.3 | Avslutning..... | 29 |
| 6.0 | Referanseliste | 31 |
| | Vedlegg 1: Søk gjort i CINAHL..... | I |
| | Vedlegg 2: Søk gjort i PubMed..... | II |
| | Vedlegg 3: Sjekkliste..... | III |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Den tar sikte på å gi helsetjenesten en ny retning og effektivisere behandlingen av pasienter. Helse Norge skal nå forebygge fremfor å reparere. En skal også skape bedre samhandlingen mellom de forskjellige nivåene i prosessen samtidig som en skal flytte tjenestene nærmere der folk bor. Dette mener regjeringen vil være bedre for pasientene og skape sterkere brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Kommunene står sentralt i samhandlingsreformen. De skal overta mange av oppgavene som før låg i spesialisthelsetjenesten. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S15).

Etter at kommunene tok over det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i 2012, viser en forskningsrapport utarbeidet av Gautun & Syse (2013) at flere alvorlig syke pasienter kommer fra sykehuset til helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne i denne rapporten gir også uttrykk for at de må kunne mer behandlingsmessig siden det er mer komplekse oppgaver nå enn før (Gautun, H & Syse, A. 2013.s47).

Samtidig gir sykepleierne uttrykk for at de har fulgt med for lite ressurser med de økte oppgavene de har fått. Sykepleierne etterspør også kompetansehevende tiltak i forbindelse med reformen slik at de står bedre rustet til å møte pasientgruppen som kommer fra sykehuset. Å få til et bedre samarbeid om pasienter som trenger tjenester både fra sykehus og kommunene er en viktig målsetting i samhandlingsreformen. Det er imidlertid kun 26% som gir uttrykk for at det samlede

tilbudet til pasienter har blitt mer helhetlig og koordinert, og kun 27% som sier seg enig i påstanden om at pasientforløp mellom sykehus og kommune har blitt forenklet. Så mange som 36% sier seg uenig i de to påstandene (Gautun, H & Syse, A. 2013.s39).

I rapporten til Gautun & Syse svarer også over 20% av sykepleierne som er blitt spurt at så mange som 71% av pasientene som blir utskrevet til sykehjem blir reinnlagt til sykehus innen en uke etter utskrivning.

For aldersgruppen 80 år og eldre har det vært en økning i andelen reinnleggelser etter opphold for pasienter som har blitt meldt utskrivningsklare, dette gjelder spesielt for pasienter som hadde to eller flere liggedager som utskrivningsklar.

Nivået av andelen reinnleggelser er imidlertid høyest blant pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag eller dagen etter de ble meldt utskrivningsklare (Helsedirektoratet, 2015. S160)

På bakgrunn av reformens krav og mål ønsker jeg å skrive om handlingsberedskapen og kompetansen blant dagens sykepleiere på sykehjem. I løpet av tre år på sykepleierutdanningen har jeg vært i praksis på ulike avdelinger både på sykehus og sykehjem. Det som jeg har sett her er at pasientene som blir skrevet ut fra sykehuset ikke er helt friske, men friske nok til å bli behandlet videre på sykehjemmet. På sykehjemmet har de en annen kompetanse, enn på sykehuset. Dette kan være en årsak til at pasientene blir re-innlagt på sykehuset etter et par døgn da tilstanden har forverret seg som følge av utilstrekkelig behandling. Dette er noe som kan oppleves som en ekstra belastning på pasientene samtidig som dette kan tyde på at de ikke har vært utskrivningsklare fra sykehuset i utgangspunktet. Eldre og skrøpelige eldre er en pasientgruppe som stadig blir innlagt på sykehjem og sykehus. Pasientene på sykehjem får stadig mer komplekse sykdommer og sykehjem er ikke lenger bare et sted å bo, men også et behandlingsted.

1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har kommet frem til denne problemstillingen:

Hvordan gi faglig forsvarlig sykepleie til syke og skrøpelige eldre som kommer fra sykehus til sykehjem for å unngå reinnleggelser?

For å få svar på problemstillingen vil jeg gå i dybden på de kroniske pasientene. Dette er pasienter som ofte trenger medisinsk behandling og som har mange reinnleggelser til sykehus. Jeg har derfor avgrenset oppgaven til å gjelde eldre pasienter over 75 år med KOLS. Disse pasientene har ofte en kompleks sykdom, noe som vil si at de ofte har flere tilleggs diagnoser. Disse pasientene blir ofte innlagt på sykehus for behandling, da de er ekstra utsatt for infeksjoner, eller får en akutt forverring av sykdommen sin.

Undersøkelsen til Gautun & Syse (2013, s26) viser også at sykehjem mottar 39% flere lungepasienter etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.

Det jeg vil prøve på er å tegne et bilde av hvordan disse pasientene er og hvordan disse blir behandlet i dagens helsevesen.. Derfor velger jeg å legge lite/ingen vekt på pasienter som blir innlagt på sykehus for rehabilitering etter beinbrudd og lignende. Oppgaven utelukker også demente pasienter.

Jeg vil videre se på hvilke utfordringer sykepleierne på disse institusjonene har med tanke på at pasientene som blir utskrivet fra sykehuset ofte er dårligere nå enn før, da det heter at en pasient er utskrivningsklar og ikke ferdigbehandlet ved avreise fra sykehuset.

2.0 Teori

2.1 Afaf Ibrahim Meleis teori

Teorien som skal benyttes i denne oppgaven er Afaf Ibrahim Meleis teori om overganger som sykepleierteori. Meleis er en egyptisk sykepleier som har gitt ut boka *Transitions Theory* i 2010.

Hovedideen bygger på at overganger er trigget av kritiske hendelser og forandringer innenfor individ eller omgivelser.

En vanlig måte å definere overganger på er å si at det er en passasje fra en stabil tilstand til en annen stabil tilstand, og er en prosess som er trigget av forandringer. Overganger blir karakterisert av forskjellige dynamiske stadier, milepæler og vendepunkter og kan bli definert gjennom en prosess eller et terminalt utfall (Meleis, A. I. 2010, s11).

Overgangsfasen begynner med en gang en hendelse eller forandring er ventet. Selv om mennesker alltid står ovenfor mange forandringer gjennom livet som setter i gang indre prosesser, kommer sykepleierne ekstra tett på når det gjelder forandringer og overganger relatert til helsen, velvære og evnen til å ta vare på seg selv. I tillegg må sykepleiere håndtere miljøer som enten støtter eller hemmer personlige, familiære eller befolknings overganger (Meleis, A. I. 2010, s11).

Meleis (2010, s38) sier at overganger er en av faktorene som er sentrale i å utøve sykepleie. Pasient – sykepleier situasjoner oppstår ofte via overgangsperioder der ustabilitet er utløst av forandringer som er utviklings, situasjons eller helsesykdoms relatert.

Organisasjoner kan også oppleve overganger som påvirker livene til de som jobber der og de som er pasienter. Overganger innen en organisasjon representerer overganger i miljøet. De kan være utløst av overganger i de sosiale, politiske eller økonomiske miljøet eller av organisatoriske forandringer innen struktur eller dynamikk (Meleis, A. I. 2010, s40).

Modeller der sykepleiere gir overgangs omsorgstjenester har vært foreslått og gjennomført for å øke kontinuitet i omsorgen til helsevesenet og for å fremme kostnadseffektiv utnyttelse av helsetjenester (Meleis, A. I. 2010, s40).

Forandringer i helsestatusen kan gi muligheter for forbedret velvære, men også utsette pasienter for en økt sykdomsrisiko, samt utløse en overgangsprosess. Sårbarhet kan begrepsfestes som en kvalitet av det daglige liv, avdekket gjennom en forståelse av pasienters erfaringer og reaksjoner i forbindelse med overganger. I denne forstand er sårbarhet knyttet til overgangserfaringer, interaksjoner og miljømessige forhold som kan utsette pasientene for skade, sykdomsproblematikk, lengre rehabilitering eller forlenget sykdom (Melais, A. F., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., Schumacher, K. 2010, s52)

Sykepleiere er ofte de primære omsorgspersonene til pasienter og deres pårørende som gjennomgår en overgang. De deltar på de forandringene og kravene overgangene bringer inn i hverdagen til pasientene og pårørende. Videre er også sykepleierne de personene som forbereder pasientene på overgangene de skal igjennom. Eksempler på overganger som gjør pasientene sårbare er sykdomserfaringer som nyoppdagede diagnoser, kirurgiske prosedyrer, rehabilitering og det å komme til hektene igjen (Melais, A. F., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., Schumacher, K. 2010, s52).

2.2 Samhandlingsreformen

Helt siden begynnelsen av 1990-tallet har det vært en helsepolitisk målsetting om å redusere antall liggedager på sykehus, og å begrense antall liggedager. Utviklingen med at kommunene har tatt imot stadig flere pasienter, har også sammenheng med høyere grad av overlevelse etter sykdom og bedre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. Fra 1. Januar 2012 er kommunene pålagt å betale dagbøter på 4000kr per døgn for pasienter fra første dag spesialisthelsetjenesten har definert pasienter som utskrivningsklare (Gautun, H & Syse, A. 2013.s16).

Samhandlingsreformen (St.meld. Nr. 47, 2008-2009) sier noe om at kommunehelsetjenesten har et større fokus på pasientenes funksjonsnivå og mestringsevne. Spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og funksjon preget av målet mot medisinsk helbredelse (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S13).

Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor det blir viktig å legge fokus på nødvendig kompetanse som en av hovednøkklene.

En riktigere oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste vil i større grad legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan konsentrere seg om oppgaver som de er gode på. Et sterkere søkelys på helhetlige pasientforløp gjør at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S16).

Samhandlingsreformen sier også noe om at det må sikres et tilstrekkelig antall kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S126).

Utdanningsinstitusjonene fastsetter selv det faglige innholdet i utdanningen. Et godt samarbeid med arbeidslivet kan bidra til å gjøre utdanningene mer relevante (St.meld. Nr. 47, 2008-2009). 128).

Dersom den økte kommunale innsatsen skal kunne redusere forbruket av spesialisthelsetjenester, forutsettes det at kommunene må kunne;

- Overta ansvaret for tilbud spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag

- Gjennom sine tilbud og de samhandlingsopplegg som etableres, redusere presset på innleggelser og reinnleggelser
- Øke mulighetene for rask utskriving fra sykehuset

(St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S97).

Regjeringen ønsker å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012. Dette betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert som utskrivningsklare. Poenget er ikke å straffe kommuner som ikke tar imot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. Det er spesielt små kommuner som er utsatt for risiko ved en slik endring, ikke minst ut fra behovet for kompetanse. Dette trekker også her i retning av interkommunale samarbeidsordninger (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S106-107).

Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene. Endring av innholdet i utdanningene vil kreve ny kunnskap fremskaffet ved forskning. Betegnelsen etterutdanning benyttes om annen utdanning som bidrar til arbeidsrelatert kompetanseutvikling. Både videre – og etterutdanning er ledd i personellens kompetanseutvikling, og gjennomføres som regel som et tiltak i et arbeidsgiver-/arbeidstakerforhold, der enten arbeidsgiver eller arbeidstaker tar initiativet. Dette betyr at helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere, har innflytelse og betydning for etterspørselen av videre- og etterutdanning (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S127).

I arbeidet men samhandlingsutfordringene er det viktig å ha tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot langvarige, eventuelt uhelbredelige sykdommer. Mennesker med slike sykdommer må få behandling og oppfølging i samsvar med rettighets – og prioriteringsbestemmelser og ikke risikere at det at det skjer en utilsiktet prioriteringsvridning mot sykdommer der tjenestens mål er å gjøre frisk, og tidsperspektivet er mye kortere.

Pasienter med kronisk sykdom, eller som kan ha langvarige forløp, utgjør om lag 38% av alle sykehusopphold (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S41)

Mange av pasientene blir innlagt på sykehus på feil premisser, og ofte som øyeblikkelig hjelp. De fleste av disse pasientene ville profitert på et behandlingsopplegg der hastegraden som kritisk faktor ble nedtonet til fordel for bedre tilpasning til kronisk sykdom, og /eller behandlingsopplegg for den eldre pasienten med sammensatte lidelser (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S50)

2.3 Faglig forsvarlighet

Forsvarlighet er et rettslig krav satt i helselovgivningen til standarden på helsehjelpen som gis av helsepersonell og virksomheter ifølge Molven (2009). Kravet blir til dels stilt til den faglig- tekniske delen av helsehjelpen og dels til den omsorgen som hjelpen skal være ledsaget av. Kjernen i forsvarlighetskravet er at hjelpen skal være god ut fra det lege- og helsevitenskap ellers tilsier (Molven, O. 2009).

Helsepersonelloven §4 (1999) sier noe om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999).

2.4 Pasientgruppen – syke og skrøpelige eldre

Det engelske ordet frail har ingen god norsk oversettelse. Ordet skrøpelig blir i noen sammenhenger brukt, men også sårbar blir brukt selv om ingen av disse ordene gir noen god direkte oversettelse. Det motsatte av å være frail er å være fit. Fitness som geriatriisk begrep favner bredt, og robust er en god oversettelse for dette ordet. Det er bred enighet om at det å være sårbar/skrøpelig ikke er det samme som å være syk. Snarere handler begrepet om redusert evne til å opprettholde fysiologisk homeostase ved belastning – og dermed om risiko for å utvikle sykdom når noe ekstraordinært inntreffer. Begrepet er altså nær beslektet med tap av fysiologiske reserver (Wyller. 2012, s24)

Syke og skrøpelige eldre blir i en rapport fra Helse Nord (2008) beskrevet som personer med langtkomne aldersforandringer, flere sykdommer og fysisk og/mental funksjonssvikt. Ikke friske eldre med enkle problemstillinger. Karakteristisk for aldersforandringer er reduserte reserver og økt sårbarhet, og eldre må møte mer sykdom med mindre ressurser. Eldre trenger derfor lengre tid enn yngre for å komme seg etter akutt sykdom. Selvbildet svekkes, og motivasjonen for å mobilisere egne ressurser til å komme gjennom en sykdomsprosess er dårligere. Det kan i blant også være vanskelig å skille mellom sykdom og normal aldring, noe som medfører både over- og underbehandling. Det bidrar til de geriatrike pasientenes multisykkelighet (Fosse, A. Sparr, S. Pedersen, E.B. Albrigtsen, E. Lund, H. A. 2008. S4).

Et pilotprosjekt om samhandling mellom Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund (2010) sier noe om at begrepet skrøpelige eldre ikke har noen entydig definisjon i norsk litteratur. Betegnelsen går derimot igjen i flere typer litteratur om eldre og eldreomsorg. De velger å definere begrepet skrøpelige eldre som:

”Eldre over 75 år med moderat til omfattende helsesvikt, funksjonssvikt og hjelpebehov og som kan være i behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse eldre kan bo i egenbolig, alene eller sammen med andre, eller ha et heldøgns omsorgstilbud i kommunen.”

(Birkeland, A. Mikkelsen, A, L. Lunde, A. 2010. S11)

Et eksempel på denne gruppen med syke og skrøpelige eldre er de pasientene med Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). KOLS er en samlebetegnelse på sykdommer som karakteriseres av økt luftmotstand som ikke er reversibel. Luftveisobstruksjonen forverres ofte og har sammenheng med kronisk inflammasjon i luftveiene og i lungeparenkymet. De sykdommene som hovedsakelig kommer inn under kolsbegrepet, er kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, og en kombinasjon av disse tilstandene (Almås, H. Bakkelund, J. Thorsen, B. H., og Sorknæs, A. D. 2010, s122).

Å leve med alvorlig kols er å leve med angst for åndenød og kvelning, redusert fysisk funksjon, redusert livsutfoldelse og redusert livskvalitet.

Typiske symptomer på pasienter med alvorlig KOLS kan være kronisk hoste i perioder eller hver dag, ofte hele dagen. Kronisk slimproduksjon i luftveiene. Gjentatte episoder med akutt bronkitt. Tung pust som blir verre over tid, er til stedet hver dag eller blir verre ved anstrengelse og under luftveisinfeksjoner.

(Almås, H. Bakkelund, J. Thorsen, B. H., og Sorknæs, A. D. 2010, s123).

Disse pasientene er svært utsatt for akutt forverring av sykdommen. Pasientens dyspne, hoste og slimproduksjon blir da verre enn det som er vanlig for ham.

Årsakene kan være infeksjoner i nedre luftveier eller luftforurensing. Kaldt vær kan også være en disponerende faktor. Øker pasientens luftveissymptomer, må han enten starte avtalt behandling selv, eller oppsøke lege (Almås, H. Bakkelund, J. Thorsen, B. H., og Sorknæs, A. D. 2010, s123).

De fleste pasienter med KOLS trenger livslang legemiddelbehandling, med doseøkninger og tilleggsmedikasjon i forbindelse med akutte forverringer. Slike forverringer er et dårlig prognostisk tegn. Dødeligheten blant KOLS pasienter er høy. Blant pasienter som legges inn på sykehus dør 25% i løpet av 2 år. Vanlige dødsårsaker ved KOLS er komplikasjoner som akutt respirasjonssvikt, pneumoni, arytmier med mer. (Mjell, J. 2012. s.234-235)

2.5 Rammeplan for sykepleiere

Planene beskriver nyutdannede sykepleieres behov for kompetanseutvikling innen sykepleiefunksjonene: administrasjon, veiledning/undervisning og forskning/fagutvikling, og arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. Målet med utdanningen er å utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert

holdning ved utøvelse av sykepleie.

Kompetansen etter endt utdanning består både av handlingskompetanse og av handlingsberedskap og er avgjørende for studentenes forutsetninger for å møte befolkningens behov for sykepleie.

2.6 Verdighet

Begrepet verdighet er ofte brukt, og har en sentral rolle i utøvelsen av sykepleie. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleiens grunnlag beskrevet slik:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (NSF, 2011)

Knutstad (2010) sier noe om at verdighet er et begrep som omfatter tre aspekter. Hvert menneske er unikt, det har en verdi bare det å være et menneske. Verdighet blir videre beskrevet som en egenskap ved selvet, det kan oppleves subjektivt som en kvalitet ved en selv. Det har med stolthet og selvrespekt å gjøre. Verdighet har også en atferds dimensjon, det vil si at det både dreier seg om hvordan vi selv skal opptre for å være verdige, og hvordan andre skal opptre for å ivareta vår verdighet. Verdighet er derfor et relasjonelt begrep (Knutstad, 2010. S21)

2.7 Verdighetsgarantien

Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010) har som formål å sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forskriften får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt (Verdighetsgarantien, 2010).

2.8 NSF's etiske retningslinjer for sykepleiere

Norsk Sykepleierforbunds etiske retningslinjer sier noe om at grunnlaget for sykepleien skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Videre sier de at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. En sykepleier skal også erkjenne sine egne grenser for kompetanse og praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner. Sykepleieren har ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring, og bruke sitt skjønn når det gjelder å påta seg og delegere ansvar

2.9 Handlingsberedskap

Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig. Først etter at arbeidsgiver har lagt til rette for opplæring og etter- og videreutdanning, kan nyutdannede sykepleiere forventes å ta selvstendig ansvar for å ivareta områder som utdanningen gir handlingsberedskap til (Kunnskapsdepartementet, 2008.s5).

2.10 Handlingskompetanse

Handlingskompetanse knyttes til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig. Den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008. S5)

3.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for metoden i oppgaven, samt litteratur og litteratursøk som jeg har benyttet. Til slutt vil det komme kildekritikk.

3.1 Redegjørelse av metode

Dalland (2012, s110) bruker Vilhelm Auberts definisjon på metode:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

Ifølge Dalland (2012.s111) vil metoden fortelle oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss eller etterprøve kunnskap. Metoden vi velger å bruke blir begrunnet utfra hva vi mener vil gi oss gode data og fremheve spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.

Metoden er et redskap som hjelper oss til å undersøke noe. Den hjelper oss også å samle inn den informasjonen vi trenger for å undersøke. Det vi samler inn kaller vi data. Det er viktig at dataene som blir samlet inn er relevante, gyldige og pålitelige (Dalland, 2012. S111).

Dalland (2012. S112) skiller mellom to typer metoder. Kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative metoden har som formål å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.

Den kvantitative metoden har som fordel at den gir oss data i form av målbare enheter, slik at vi kan finne gjennomsnitt og prosenter av store mengder (Dalland, 2012. S112)

I denne oppgaven har jeg benyttet litteraturstudium som metode.

Litteraturstudium er en metode som hensiktsmessig blir brukt til å innhente

kunnskap systematisk rundt et valgt tema/problemstilling. Hensikten med et litteraturstudium er å skaffe seg oversikt over allerede tilegnede kunnskaper på et fagområde. Et litteraturstudie bidrar også til å se behovet for å tilegne seg ny kunnskap (Olsson, H. & Sørensen, S., 2003. S91)

En forutsetning for at man skal kunne gjøre systematiske litteraturstudium er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for oppgaven (Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. S26)

3.2 Litteratur og litteratursøk

Søkeord i CINAHL: Acute care, nursing home og transfer (vedlegg 1).

Søkeord i PubMed: Transfer, acute care, frail, nursing home og hospitalization (vedlegg 2).

Litteratursøk prosessen startet med å søke i databasen CINAHL. Det var lite eller ingen forskning som omhandlet den norske samhandlingsreformen. Jeg søkte deretter på PubMed og på Sykepleien.no uten å finne noe. Dette er et resultat i seg selv da det viser at det ikke er gjort særlig mye forskning på den nye reformen som kom i 2012.

Jeg valgte deretter å utvide søket til å finne artikler fra vestlige land som kan sammenlignes med Norge og levemåten vi har her. Det var en utfordring å finne noe som samsvart med problemstillingen, men jeg endte til slutt opp med å finne 2 artikler fra CINAHL og 2 artikler fra PubMed, i tillegg til 1 artikkel fra Sykepleien.no. Jeg hadde fokus på at artiklene ikke skulle være mer en 5 år gamle. 1 artikkel er derimot eldre, men inneholder viktige komponenter som jeg har valgt å bruke i oppgaven. De fleste artiklene som jeg fant var kvalitative studier utenom 1 som var kvantitativ. Når jeg valgte artikler så jeg først på overskriftene som deretter tok meg til sammendraget. Her fant jeg ut om artiklene var relevante eller ikke for min oppgave. Etter valgt artikkel har jeg gått inn i hver enkelt og vurdert/evaluert artikkelen etter sjekklister fra kunnskapssenteret sine sider (vedlegg 3).

Søkeord i Oria/Bibsys: Faglig forsvarlighet, kommunikasjon, koordinering, samhandlingsreformen og kompetanse.

Har prøvd å benytte Oria/Bibsys uten resultat. Annen litteratur er hentet fra pensumbøker og faglitteratur som man har tilgang til på biblioteket på skolen. Jeg har prøvd å bruke bøker som er maksimalt 10 år gamle. En del bøker er funnet uten å søke i databaser. I forhold til tema/problemstilling har det vært vanskelig å finne pensum som er relevant.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet (Dalland 2012. s. 81). Det handler om å fastslå at en kilde er sann, og på den måten skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (s. 66). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av pensumbøker, forskningsartikler og annen relevant litteratur fra bibliotek.

Siden dette er et såpass nytt området har det vært vanskelig å finne relevante artikler fra Norge. Jeg har derfor forsøkt å finne forskningsartikler fra land som Norge kan sammenligne seg med. USA, Australia og Sverige er sammenlignbare land i den forstand at alle er I-land og ligger foran i utviklingen av helsevesenet. Jeg hadde som mål at artiklene ikke skulle være mer enn 5 år gamle, dette for å kunne relatere mest mulig til dagens samfunn. Jeg har allikevel benyttet en artikkel skrevet av Hilde Solli fra 2009 siden denne omhandler kompetansen til norske sykepleiere. Alle artiklene er dessuten blitt publisert i kjente helsefaglige tidsskrift.

Forskningen jeg har brukt i denne oppgaven er kvalitativ. Den er ikke generaliserbar fordi den omhandler et lite utvalg. Det kan ses på som en svakhet. Den går likevel i dybden på temaet, noe som kan ses på som en styrke. Samtidig var mesteparten av den forskningen jeg fant kvalitativ, noe som kan tyde på at det er lite kvantitativ forskning på temaet.

Boken fra Melais som omhandler *Transitions Theory* er skrivet på engelsk, men jeg har forsøkt etter beste evne å oversette dette til Norsk. Dette kan bli sett på som en svakhet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg kort presentere forskningsartiklene jeg har funnet.

4.1 Solli, H. (2009)

Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse

Forfatter/ Land/ Database

Norge

Sykepleien.no

Hensikt

Få kunnskap om nyutdannede sykepleiere utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse innenfor den administrative- veiledende/undervisende- og forskning/fagutviklende funksjon i løpet av de fem første år etter endt utdanning. Det undersøkes også om sykepleierne opplever at arbeidsgiver legger forholdene til rette for kompetanseheving.

Design/Metode

Kvalitativ metode.

Fokusgruppeintervju.

Utvalg

Seks sykepleiersom ble fulgt over en periode på fem år. I første omgang skulle prosjektet vare i to år, men informantene ønsket å utvide med ytterligere tre år.

Hovedfunn

Nyutdannede sykepleiere kan sies å ha oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleier funksjonen etter nærmere tre år, men at arbeidsgivere forventer denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Handlingskompetansen innen funksjonene veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning har i liten grad vært gjenstand for utvikling. Forskingen viser at nyutdannede sykepleiere bare har

oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen i løpet av fem år. Sykepleierne mangler også organisert støtte og veiledning fra arbeidsgiverne, slik at handlingsberedskapen de hadde ved utdanningens slutt, ikke er nevneverdig utviklet i løpet av fem år.

4.2 Abrahamson, K., Mueller, C., Davila, H. W og Arling, G. (2014)

Nurses as Boundary- Spanners in Reducing Avoidable Hospitalizations Among Nursing Home Residents

Land/Database

USA

PubMed

Hensikt

Denne studien har til hensikt å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere gjør seg når organisatoriske tiltak blir brukt for å forhindre overføring til sykehus. Den tar også for seg hvordan sykepleierens rolle påvirker organiseringen når sykepleieren skal være linken mellom sykehjem og sykehus.

Design/Metode

Semi - strukturerte kvalitative intervjuer.

Utvalg

76 sykepleiere fra 38 av 46 deltakende sykehjem ble intervjuet. To tredjedeler (n=47) av intervjuene ble gjort ved dagsbesøk av 11 av 46 deltakende sykehjem.

Institusjonene ble valgt ut fra variasjon av størrelse, beliggenhet og erfaringer knyttet til kvalitetsforbedring.

Resten av intervjuene (n=29) ble gjort over telefon.

Hovedfunn

Sykepleierne erfarte at ved å gå inn for å redusere innleggelser til sykehus hadde de oppnådd mer åpenhet og kommunikasjon mellom andre sykepleiere, leger, pasienter og deres familier. Rollen som forhandler mellom disse partene ble mer komplisert der parter fra utsiden ikke stolte på sykehjemmets forutsetninger for å sørge for nødvendig omsorg og behandling.

4.3 Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedström, M. (2012)

Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement.

Land/Database

Sverige

CINAHL

Hensikt

Å finne ut sykepleiernes erfaringer knyttet til koordinasjon og kommunikasjon mellom sykehjem og sykehus når eldre pasienter blir overført.

Design/Metode

Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer

Utvalg

20 sykepleiere fordelt på 14 sykehus og 6 sykehjem deltok. 19 kvinner, 1 mann. Sykepleiere fra sykehus og sykehjem deltok ikke i samme fokusgruppe.

Hovedfunn

Studien viste at sykepleierne som arbeidet på sykehjem fant det vanskelig å avgjøre om den eldre pasienten skulle bli overført til sykehuset.

Sykepleierne på sykehuset rapporterte at de ofte prøvde å hindre for tidlig utskrivelse, men at pasienter ble av og til for tidlig utskrevet. Både sykepleierne på sykehus og sykehjem foreslå bedre samarbeid for å forstå hverandres arbeidssituasjon bedre. Det felles målet burde være at eldre pasienter blir på

sykehjemmet så lenge som mulig og blir kun overført til sykehuset når den medisinske bistanden er nødvendig. Dette for å holde kontinuitet i pleien og ikke belaste pasienten ekstra.

4.4 Arendts, G., Reibel, T., Codde, J. & Frankel, J. (2010)

Can transfers from residential aged care facilities to the Emergency Department be avoided through improved primary care services?

Land/Database

Australia

CINAHL

Hensikt

Å utforske faktorene som påvirker overføringer fra sykehjem til akuttmottaket på sykehus, og beskrive funksjonene som kan redusere antall overføringer.

Design/Metode

Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer.

Utvalg

3 fokusgrupper. En gruppe som bare inkluderte familie og/eller samfunnsrepresentanter samt personer som jobbet på sykehjem som ikke var utdannet helsepersonell.

De to andre fokusgruppene involverte alle interessegrupper utenom pasienter. De inneholdt minst et familiemedlem fra den første fokusgruppen. Totalt deltok 33 personer i alle 3 fokusgruppene. 5 familiemedlemmer, 7 pleiere fra sykehjem, 5 sykepleiere fra sykehjem, 5 ledere fra sykehjem og 7 representanter fra akuttmottak og 5 allmennpraktiserende sykepleiere.

Hovedfunn

Alle tre fokusgruppene at beslutning om å overføre pasienter fra sykehjemmet ofte er sluttresultatet av at andre alternativer er oppbrukt. Det var tydelig at det finnes andre prosesser som brukes av sykehjemmet til å finne andre alternative behandlingstilbud før overføring. Det var en enighet blant alle gruppene om at det er en rekke alternativer som kan utvikles før overføring blir aktuelt. De fem hovedtemaene som dukket opp var bemanning og kompetanse på sykehjemmet

4.5 Ashcraft, A. S. & Owen, D. C. (2014)

From nursing home to acute care: Signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer.

Land/Database

USA

CINAHL

Hensikt

Identifisere vanlige tegn og symptomer på sykehjemspasienter når de skulle overføres til sykehus og identifisere strategier som ble brukt for å forhindre overføring.

Design/Metode

Kvantitativ metode

Spørreundersøkelse.

Utvalg

Av 1144 sykehjem i Texas, ble det tilfeldig valgt ut 50 sykehjem fra urbane strøk og 50 sykehjem fra mer avsidesliggende strøk. Sjefene på de utvalgte sykehjemmene ble kontaktet per telefon om studien og fikk en pakke med studiematerialer i posten med beskjed om å distribuere materiell til alle helsearbeidere på sykehjemmet. 108 deltakere svarte på studien.

Hovedfunn

Fokus på utdanning og utvikling av kompetanse på sykehjem kan gjøre en forskjell når det kommer til å oppdage når en pasient forverrer tilstanden sin. Dette er vesentlig da en kan komme i gang med tiltak tidligere. Kommunikasjonen mellom pleiere på sykehjem, familie og sykehus personell er også noe som med fordel kan styrkes for å skape en smidigere overgang for pasientene når akutt hjelp behøves.

5.0 Drøfting

Hvordan gi faglig forsvarlig sykepleie til syke og skrøpelige eldre som kommer fra sykehus til sykehjem for å unngå reinnleggelser?

I artiklene som jeg har funnet finnes det ikke noen konkrete svar som kan løse problemstillingen min. Siden denne oppgaven er så sammensatt vil de allikevel ha en relevans og kan bidra til å belyse problemstillingen.

For at pasientene på sykehjem skal kunne motta faglig forsvarlig sykepleie er det vesentlig at sykepleierne på sykehjemmet har handlingskompetanse og handlingsberedskap til å ta imot pasientene. For at pasientene, som er dårligere nå enn før når de blir utskrevet fra sykehuset, skal oppleve verdighet og god pleie vil jeg drøfte forskjellige faktorer som kan spille inn.

5.0.1 Kommunikasjon og koordinering kan bedre hverdagen for pasientene

For at samhandlingsreformen skal kunne spille ut sin rolle i helse-Norge er det vesentlig at kommunikasjon mellom de forskjellige instansene er tilstede. Sykehjemmene må få tilstrekkelig med informasjon om pasientene før de blir utskrevet, samtidig som de må inneha kompetansen for å ta imot de dårlige pasientene. Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformene er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dette for å ivareta at pasienten mottar kontinuerlig pleie og har et behandlingsforløp som er til det beste for pasienten (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S47). Helsepersonelloven §4 sier også noe om at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999).

En forskningsartikkel (Kirsebom, M. Waldensten, B. Hedström, M. 2012) viser til at sykepleierne på sykehjem ofte fant det vanskelig å bestemme seg for når eldre pasienter skulle bli overført til sykehus fra sykehjem når helsetilstanden til

pasientene ble forverret. Den peker også på at når arbeidsmengden var for høy eller at lege ikke kunne bli kontaktet, var det enklest og tryggest å sende pasienten til sykehus. De fleste er derimot enige om at pasientene har det best ved kontinuerlig og trygg pleie i kjente omgivelser. Som Meleis (2010) teori også sier noe om. I en slik situasjon er pasienten sårbar og sykepleieren er den ressurspersonen som oftest står pasienten nærmest i en slik situasjon. Å sende pasienten direkte til sykehus uten at andre tiltak er iverksatt kan dermed være med på å forverre situasjonen til pasienten i stedet for å forbedre den. En fagartikkel (Sæterstrand & Tingvoll, 2010) viser at mange pasienter blir utskrevet fra sykehuset uten tilstrekkelig oppfølging. Årsaker som de peker på er at organisering, samhandling og ressursfordeling ikke er god nok. Forskningen til Ashcraft og Owen (2014) viser at ut i fra 119 vurderingstiltak som var tilgjengelige for sykepleiere for å forhindre overføring av pasienter, ble kun 27 tatt i bruk når sykepleier mente overføring var nødvendig. Dette kan tyde på at forhastede slutninger kan ha blitt tatt. På den andre siden kan det også vise at pasienten var såpass dårlig at en overføring var uunngåelig, og at å prioritere å få pasienten til et høyere omsorgsnivå var nødvendig og det beste tiltaket.

En løsning som forskningen til Kirsebom (et.al, 2012) peker på er å utvikle kommunikasjonen og koordinasjonen mellom sykehjem og sykehus. En bedre informasjonsflom og koordinasjon instansene imellom vil være til de beste for pasientene, og spesielt de kronisk syke pasientene som ofte er inn og ut av sykehus/sykehjem. Dette for at begge parter vil være oppdatert på hvor i behandlingen pasienten er slik at den ene kan ta over etter den andre. Dette sikrer pasientsikkerheten og behandlingsforløpet til pasienten. Dette blir støttet av forskningen til Ashcraft og Owen (2014). De sier også noe om at kommunikasjonen mellom sykepleiere og andre helsepersonell på sykehjemmet må være god for å unngå overføringer av pasienter.

Dette sier også Abrahamson (et. al 2014) noe om. Et annet aspekt som blir belyst av Abrahamson (et. al 2014) er at rollen som forhandler mellom sykehjem og sykehus ble mer kompleks i situasjoner der pårørende ikke hadde tiltro til sykehjemmet som behandlingssted. Dette henger nok litt igjen fra gammelt av da sykehjemmet mer var en plass der folk bodde, mens det nå og spesielt etter at samhandlingsreformen har

trådt i kraft er blitt et behandlingssted som helsetjenesten ikke hadde klart seg uten. Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010) har som formål å sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

For KOLS pasienter vil en unødvendig overføring til sykehus også øke risikoen for forverring av sykdommen. Mye reising frem og tilbake utsetter disse pasientene for flere faktorer som ikke hadde vært nødvendig om behandlingen kunne foregått på sykehjemmet. Som f. eks luftforurensing, kaldt vær og lignende (Almås. Et.al, 2010, s123).

En fagartikkel (Opsahl, G. Solvoll, B-A, Granum, V. 2012) sier også noe om at samhandlingsreformen har en forførende form. I praksis så fører samhandlingsreformen til at sykehjemmet får et tidlig ansvar for medisinsk utskrivningsklare pasienter. Dette medfører et økt pleie og omsorgsintensivt og medisinskfaglig ansvar for de kronisk syke og de eldste eldre med sammensatte lidelser. Effekten som er ønsket er at sykehustjenestene blir mindre benyttet og en større del av helsetjenestene ytes i kommunehelsetjenesten.

I følge rapporten til Gautun & Syse (2013) kan det som oppleves som hastverk i utskrivningssituasjonen gå utover pasientene, og vanskeliggjør også arbeidet for ansatte i de kommunale tjenestene. Det fremkom i den kvalitative studien at når det går for fort i selve utskrivningssituasjonen øker risikoen for feilbehandling, både medikamentelt og ikke-medikamentelt når pasientene kommer til tjenestene i kommunene.

Det er pasienten som blir den tapende part ved dårlig samhandling ved å påføres unødige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S47).

5.0.2 For å gi faglig forsvarlig sykepleie trengs faglig oppdatering

Samhandlingsreformen har ført til at kommunene er pålagt å opprette såkalte mottaksavdelinger som skal ta imot pasientene fra sykehuset. Dette krever en større andel sykepleiere på disse avdelingene da pasientene som kommer inn på sykehjemmet er dårligere nå enn før. For å kunne ivareta faglig forsvarlig sykepleie er det ikke bare viktig at sykepleierne har den kompetansen som trengs, men også ressursene som skal til for at pasientene får den oppmerksomheten og omsorgen som behøves i hver enkelt situasjon. Helsepersonelloven §4 (1999) sier noe om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

En forskningsartikkel (Arendst, G. Reibel, T. Codde, J. Frankel, J. 2009) viser til at det ikke bare er underbemanning som er problemet. Kompetansen er også for lav. Pasienter har blitt sendt av garde fra sykehjem til sykehus for å motta oksygenbehandling. Sykepleierne etterspør mer trening og læring for å kunne gjøre både enkle og mer avanserte prosedyrer. Dette blir også støttet av rapporten fra Gautun & Syse (2013) som sier at sykepleierne etterspør kompetansehevende tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen. Forskningen til Ashcraft (et.al, 2014) viser at den manglende kunnskapen til sykepleiere kan relateres til pasienter med pusteproblemer, fallskader og bevissthetsforandringer. Dette er pasienter som i dag blir behandlet på norske sykehjem etter utskrivelse fra sykehus, derfor vil en økning i kompetansen på disse områdene gjøre sykehjemmene bedre rustet for å ta imot og behandle disse pasientene på sykehjem.

Forskningen til Abrahamson (et.al, 2014) viser at trening og videreutvikling av allerede eksisterende kunnskaper førte til mindre reinnleggelser fra sykehjemmet. Sykepleierne følte også at de fikk ta mer ansvar og del i behandlingen av pasientene samtidig som de syntes at det var spennende og lærerikt å tilegne seg nye kunnskaper.

Det er allerede mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Dette fører til at

det lett for nyutdannede sykepleiere å få jobb. Sæterstrand & Tingvoll (2010) mener at innføringen av samhandlingsreformen forutsetter at ansatte har kompetanse til å møte utfordringene. En forskningsartikkel (Solli, H. 2009) viser også at nyutdannede sykepleiere ikke har den kompetansen som arbeidsgiver forventer ved ansettelse, men først etter 3 år som praktiserende sykepleier. Kunnskapsdepartementet (2008) sier derimot noe om at den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008. S5). I undersøkelsen til Solli (2009) fremgår det at det første året som sykepleier var preget av stress og følelsen av ikke å strekke til, spesielt når sykepleierne hadde høyt tempo og fikk mange pasienter og oppgaver samtidig. Solli poengter også at det er viktig å ha et arbeidsmiljø som lar en være ny i den forstand at en har oppgavemengde avpasset etter kompetansen og har mulighet til å få veiledning i situasjonene (Solli, 2009).

Fra kunnskapsdepartementet (2008) fremgår det at det er arbeidsgivers ansvar å legge til rette for opplæring og etter- videreutdanning. Først etter at dette er gjort kan sykepleiere forventes å ta selvstendig ansvar for å ivareta områder som utdanningen gir handlingsberedskap til. Rammeplanen for sykepleiere danner oss også et bilde av at sykepleiere har et behov for kompetanseutvikling innenfor forskjellige områder, men at det er arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Derimot viser rapporten til Gauten & Syse (2013, s52) at sykepleierne etterspør kompetansehevende tiltak. Viljen blant sykepleierne til å gjøre dette er sterk, hele 76% av over 4000 sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten ønsket å ta en eller flere videreutdanninger. 73% svarer også at de trenger opplæring og veiledning i henhold til de nye oppgavene samhandlingsreformen har ført med seg. Tre av ti sykepleiere svare i undersøkelsen at de ikke har fått tilgang til noen av de kompetansehevende tiltakene som reformen skulle føre med seg, halvparten svarer at de har fått tilgang til minst ett av fem kompetansehevende tiltak. Ifølge Solli (2008) var fagutvikling noe flertallet av sykepleierne ikke var opptatt av, og det var

lite fokus på dette fra arbeidsgivers side og ikke prioritert innenfor arbeidstiden. Samhandlingsreformen peker også på at helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og trygge arbeidsvilkår. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å lykkes med gjennomføringen av helsepolitikken dersom ikke den personalpolitiske og personalmessige situasjonen er tilpasset målene som er satt (St.meld. Nr. 47, 2008-2009. S36).

5.3 Avslutning

I drøftingen har jeg belyst problemstillingen min ved hjelp av artiklene jeg har funnet i tillegg til kilder som er relevante. Hvordan gi faglig forsvarlig sykepleie til syke og skrøpelige eldre som kommer fra sykehus til sykehjem for å unngå reinnleggelser er et stort og sammensatt tema. Samhandlingsreformen gjør at det er mange faktorer som spiller inn, og siden denne er forholdsvis ny har det vært en utfordring å finne relevante kilder som kan belyse temaet. At det ikke er gjort omfattende forskning på feltet er for så vidt et funn i seg selv, og kan forklares med at reformen er såpass ny. Likevel føler jeg at artiklene som er funnet er overførbare til Norge og kan brukes i denne sammenheng.

De fleste av artiklene peker på at kommunikasjonen og koordinasjonen mellom sykehjem og sykehus har et stort forbedringspotensial. Slagordet til samhandlingsreformen er: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Uten skikkelig kommunikasjon og koordinasjon, instansene imellom, vil ikke dette fungere. For å opprettholde kontinuitet og forsvarlighet i behandlingen er det essensielt at involverte parter er på bølgelengde og vet hvor den andre står. Jeg tror at dette vil gå seg til når samhandlingsreformen får satt seg. Den er fortsatt fersk og kommunene og spesialisthelsetjenesten trenger tid på å omstille seg for å få dette til å gli på en naturlig måte.

Inntoget av samhandlingsreformen har også gjort at det er et økt behov for kompetanse på sykehjemmene. Pasientene som kommer utskrivningsklare fra sykehuset er i dårligere form nå enn tidligere når de ble omtalt som ferdigbehandlet. For å kunne ivareta faglig forsvarlig sykepleie er det et behov for økt kompetanse. Har ikke sykepleierne kompetansen og kunnskapen som trengs, er faren for reinnleggelser stor, noe som virker som en ekstra påkjenning for pasientene. Mangel på kompetanse kan også føre til at pasientene blir innlagt på feil premisser. Kompetansehevende tiltak er i så måte viktig for å sikre at faglig forsvarlighet blir ivaretatt. Samtidig kan en ikke kreve at nyutdannede sykepleiere skal inneha all denne kunnskapen. Det må være rom for at hver enkelt kan tilegne seg erfaring og kunnskap.

Jeg tviler ikke på at samhandlingsreformen kan bli en god endring til slutt. Den trenger derimot tid til å modnes og bli tatt imot, slik alle nye endringer behøver. Når det er sagt må vi ikke glemme pasientene oppi dette, det er tross alt de som er kundene i denne sammenheng. Og som kjent, kunden har alltid rett.

6.0 Referanseliste

Abrahamson, K. Mueller, C. Davila, H. W. Arling, G. (2014) Nurses as Boundary-Spanners in Reducing Avoidable Hospitalizations Among Nursing Home Residents. *Research in Gerontological Nursing*, 7(5). 235- 243. Doi:10.3928/19404921-20140519-01

Almås, H. Bakkelund, J. Thorsen, B. H., og Sorknæs, A. D. (2010) Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie 1*. (4. Utg. s.107-164) Oslo: Gyldendal Akademisk

Arendts, G. Reibel, T. Codde, J. Frankel, J. (2010) Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews. *Australasian Journal on Ageing*, 29(2), 61-65. Doi:10.1111/j.1741-6612.2009.00415.x

Ashcraft, A. S., & Owen, D. C. (2014). From nursing home to acute care: Signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer. *Geriatric Nursing*, 35(4), 316-320. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.06.007

Birkeland, A. Mikkelsen, A. L., Lunde, A. (2010) *Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter*. (Haugesund) Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus, Høgskolen Stord/Haugesund.

Dalland, O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (Oslo) Gyldendal Akademisk

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.

Fosse, A. Sparr, S. Pedersen, E. B., Albrigtsen, E., Lund, H. A. (2008) *Samhandling om skrøpelige eldre i nord.*

Gautun, H., & Syse, A. (2013) *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA- rapport nr. 8/13) Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Helsedirektoratet. (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013-14.* (Oslo) Andvord Grafisk. Tilgjengelig fra http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2013--2014/Publikasjoner/Samhandlingsstatistikk_2013-14_web.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell av 7.feb 1999. Hentet 25. Januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014) *Samhandlingsreformen i kortversjon.* Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(4), 886-895.
Doi:10.1111/j.1365.2648.2012.06077.x

Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutsen (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3.utg., s. 19-25) Oslo: Akribe.

Kunnskapsdepartementet. (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kunnskapsbasert praksis (2012) Hentet 15. Januar fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>

Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory*. (New York) Springer Publishing Company

Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I E. Bach- Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg., 209-241). Oslo: Gyldendal akademisk

Molven, O. (2009, 13. feb). *Forsvarlighet*. Hentet fra <https://sml.snl.no/forsvarlighet>

NSF (2011) Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. (Oslo) Gyldendal Akademisk

Opsahl, G. Solvoll, B-A. & Granum, V. (2012) Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien*, 100(3), 60-63. Doi:10.4220/sykepleiens.2012.0021

Regjeringen. (2014 3. oktober) *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet 3. Februar fra: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og->

omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/

Solli, H. (2009) Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien forskning* 4(1), 52-60.

Doi:10.4220/sykepleienf.2009.0036

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Sæterstrand, T & Tingvoll, W-A. (2010) Mer samhandling gir bedre

kommunehelsetjeneste. *Sykepleien* 98(14), 56- 57. Doi:

10.4220/sykepleiens.2010.0139

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet 16. Januar 2015 fra https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/?regj_oss=100

Wyller, T. B. (2012) *Geriatrici – en medisinsk lærebok*. (Oslo) Gyldendal Akademisk

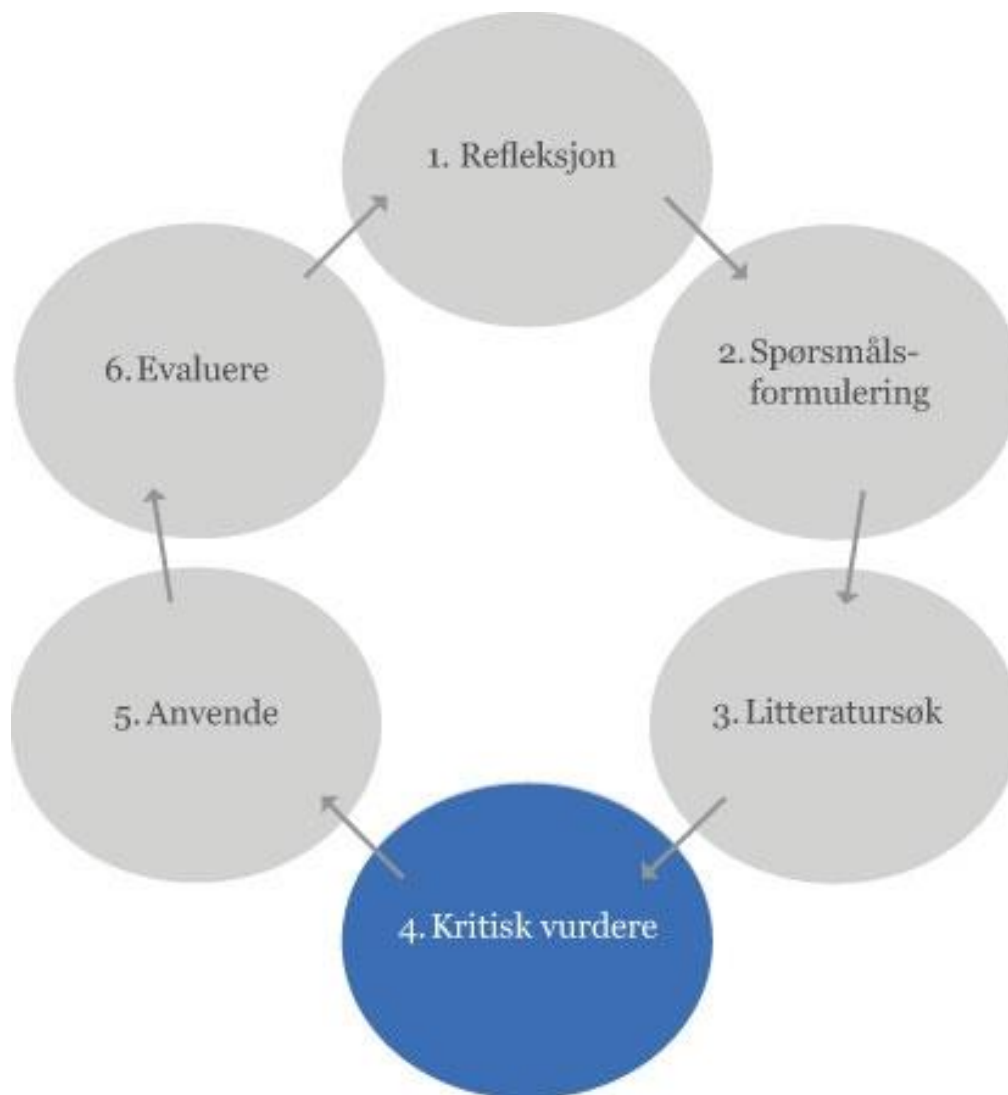
Vedlegg 1: Søk gjort i CINAHL

| CINAHL | | | |
|--------|--------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Nummer | Søkeord | Avgrensning | Resultat |
| 1. | Acute care & Nursing home | | 1375 |
| 2. | Acute care & Nursing home | Publication date: 2010-2015 | 372 |
| 3. | Acute care & Nursing home & Transfer | Publication date: 2010-2015 | 41 |

Vedlegg 2: Søk gjort i PubMed

| PubMed | | | |
|--------|---|-----------------------------|----------|
| Nummer | Søkeord | Avgrensning | Resultat |
| 1. | Transfer & acute care | | 2248 |
| 2. | Transfer & acute care | Publication date: 2010-2015 | 872 |
| 3. | Transfer & acute care & frail | Publication date: 2010-2015 | 9 |
| 1. | Nursing home & hospitalization | | 8018 |
| 2. | Nursing home & hospitalization | Publication date: 2010-2015 | 1598 |
| 3. | Nursing home & hospitalization & transfer | Publication date: 2010-2015 | 191 |

Vedlegg 3: Sjekkliste



Modell fra kunnskapsbasert praksis 2012.