

# MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i samhandling innan helse- og sosialtenester

## Sentrale utfordringar ved samhandling i høve utskriving av pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta

av

Astri J. Hagenes

Mai 2015



**MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER**  
**MASTEROPPGÅVE (45 studiepoeng)**

---

**SEMESTER:**

Vår 2015

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Astri J. Hagenes

**RETTLEIAR/AR:** Maj-Britt Råholm/Astrid Klopstad Wahl

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:**

**Norsk tittel:** Sentrale utfordringar ved samhandling i høve utskriving av pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

**Engelsk tittel:** Key challenges with collaboration when discharging patient from specialist health care to the municipality health care services.

---

**EMNEORD/STIKKORD:** sjukepleie, samhandling, kunnskap, spesialisthelseteneste, utskriving av pasient

---

**TAL ORD:** 7221

**STAD:** Førde, 22 mai 2015.

**DATO/ÅR**

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i: samhandling innan helse- og sosialtenester

Tittel: Sentrale utfordringar ved samhandling i hove utskriving av pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta

Engelsk tittel: Key challenges with collaboration when discharging patients from specialist health care to the municipality health care services

Forfattar: Astri J. Hagenes

Emnekode og emnenamn: MS1-307 Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester

Kandidatnummer: 3

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

JA\_X\_      Nei\_\_

Dato for innlevering:

**22 mai 2015**

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): sjukepleie, samhandling, kunnskap, spesialisthelsetenesta, utskriving av pasient

# Innholdsliste

Forord

Samandrag (norsk/engelsk)

<b>1.0 INNLEIING</b>	<b>1</b>
1.1 Tidlegare forskning	1
1.2 Hensikt med studien	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing	2
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b>	<b>3</b>
2.1 Tre ulike kunnskapsformar	3
2.2 Kompetanse og kunnskapsutvikling	4
2.3 Tverrprofesjonell kunnskap	4
<b>3.0 METODE</b>	<b>4</b>
3.1 Hermeneutikk	5
3.2 Rekruttering og utval av informantar	6
3.3 Datainnsamling og transkribering	6
3.4 Analyse	8
3.5 Etske vurderingar	9
3.6 Mi rolle som forskar	10
3.7 Studien sin truverde	10
<b>4.0 RESULTAT</b>	<b>11</b>
4.1 Utskriving av pasient frå sengeposten	12
4.2 Samhandling med andre yrkesgrupper	12
4.3 Kunnskap og kompetanse	13
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>14</b>
5.1 Metodekritikk	14
5.2 Kunnskapsmessige utfordringar	15
5.3 Samhandling på tvers	16
<b>6.0 AVSLUTNING</b>	<b>17</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>18</b>
<b>ARTIKKEL</b>	

**VEDLEGG:**

VEDLEGG 1: Godkjenning frå Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

VEDLEGG 2: Invitasjon til intervju

VEDLEGG 3: Samtykkeskjema

VEDLEGG 4: Intervjuguide

VEDLEGG 5: Eksempel på systematisk tekstkondensering

VEDLEGG 6: Forfattererklæring

## **Førord**

Så er eg endeleg kome til vegg ende og 3 år med studiar er over. Det har vært utfordrande, med både opp og nedturar undervegs. Mest av alt har det vært lærerikt og utviklande for meg som person.

Eg vil rette ein stor takk til mine rettleiarar professor Maj-Britt Råholm ved høgskulen i Sogn og Fjordane, og professor Astrid Klopstad Wahl ved universitet i Oslo som gjennom dyktig fagleg rettleiing har vist meg ein retning når vegen til tider har vært utfordrande å gå. Takk for at de har delt kunnskap og kome med oppmuntringar undervegs.

Eg vil og takke medstudentar for 3 fine år på dette masterstudiet, takk for tilbakemeldingar undervegs og for at de har vært ein super gjeng å dele både glede og frustrasjonar med. Ein stor takk til medstudent Solrun for at du alltid har hatt tid til å høyre på meg.

Takk til alle mine vener og kollegaer som på kvar sin måte har gjeve meg oppmuntring, gode råd og støtte når det har vært behov.

Takk til min betre halvdel Terje som heile tida har hatt urokkeleg tru på at eg skulle klare dette, også i dei periodane når eg ikkje har trudd det sjølv. Takk til våre 3 barn som tolmodig har haldt ut - no skal mamma endeleg ha tid til å være mamma igjen!

Det er med glede og litt vemod at eg no leverar denne oppgåva – tenk at eg klarte det!

Førde, mai 2015

Astri Johanne Hagenes.

## Samandrag

**Bakgrunn:** Spesialisthelsetenesta har dei siste åra har gått gjennom ei rekke endringar når det gjeld utskriving av pasientar frå sengepost. Nye endringar krev at dei ulike ledda i helsetenesta skal jobbe betre saman mot felles mål. For å klare dette må samhandling skje på fleire plan og mellom fleire yrkesprofesjonar. Når sjukepleiarane skal imøtekomme krava som dannar grunnlag for denne samhandlinga, krev det kunnskap av ulik type og på fleire områder.

**Hensikt:** Oppgåva søkjer å beskrive korleis sjukepleiarane erfarer dei kunnskapsmessige utfordringane i kvardagen når det kjem til samhandling rundt utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

**Problemstilling:** "Korleis erfarer sjukepleiaren dei kunnskapsmessige utfordringane knytte til samhandling ved utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta?"

**Metode:** Det er gjennomført individuelle kvalitative intervju med 5 sjukepleiarar frå ein sengepost i spesialisthelsetenesta. Innsamla data er analysert etter hermeneutiske prinsipp gjennom systematisk tekst kondensering.

**Resultat:** Studien avdekka og belyser at det framleis er nokre uløyste oppgåver i høve arbeid med å auke kunnskap og kompetanse fagleg og tverrfagleg blant sjukepleiarar. Ulike typar for kunnskap er nødvendig for å klare å samhandle i høve utskriving av pasientar, og mangel på kunnskap gjev sjukepleiaren ei kjensle av å være utrygge i jobben sin.

**Konklusjon:** Det kjem fram av studien at sjukepleiarane erfarer utfordringar både i forhold til samhandling med andre yrkesgrupper, og at tid til å oppdatere seg på kunnskap ikkje strekk til i ein travel kvardag. Når dei manglar kunnskap for å kunne utføre ein fagleg kompetent jobb, må dei stole på at det er nokon andre på jobb som har kunnskap om aktuelt tema. Dette viser at det er eit reelt behov for auka merksemd rundt nødvendige tiltak for å styrke kompetansen, og den tverrfaglege kunnskapen blant sjukepleiarane.

**Nøkkelord:** kvalitativ, sjukepleie, kunnskap, samhandling, utskriving av pasient.

## Abstract

**Background:** Specialist healthcare has during the last years gone through a number of changes when it comes to discharging patients from the hospital. These recent changes require that the various links of the healthcare service will work better together towards common goals. In order to achieve this collaboration must happen on several levels and between different professionals. For nurses to meet the different challenges that form the basis for this collaboration knowledge of different types and within many areas is required.

**Objective:** The purpose of this study is to describe how nurses experienced challenges related to their knowledge in everyday life when it comes to collaboration when discharging patients from specialist healthcare to municipality health care services.

**Issues:** “How does the nurses experience challenges related to their knowledge in everyday life when it comes to collaboration when discharging patients from specialist healthcare to municipality health care services?”

**Method:** Individual qualitative interviews were carried out with 5 nurses from specialist health care. The data was analyzed by a hermeneutical approach through systematic text condensation.

**Results:** This study revealed and highlighted that there is still some unsolved tasks in relation to efforts to increase knowledge and expertise professionally and interprofessionally by nurses. Different kinds of knowledge are necessary to successfully collaborate when discharging patients from specialist health care. The lack of knowledge results in feelings of unsafety among nurses.

**Conclusion:** The nurses experienced challenges when collaborating with other professional staff and there is not enough time during a busy day to update themselves. When they lack knowledge in order to perform a good job, they trust in other nurses when processing knowledge about relevant topics. The results also reveal that there is a real need for increased attention on the necessary steps to be taken in order to strengthen the professional and interprofessional competence of the nurses.

**Keywords:** qualitative, nursing, knowledge, collaboration, specialist healthcare, discharge patients.



## 1.0 Innleiing

Spesialisthelsetenesta har gått gjennom ei rekke endringar når det gjeld utskriving av pasientar frå sengepost, og i 2009 vedtok stortinget Samhandlingsreforma (Helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009), som mellom anna har som hensikt å bidra til at dei ulike ledda i helsetenesta vil klare å jobbe betre saman mot felles mål. Denne samhandlinga skjer på fleire plan og mellom fleire yrkesprofesjonar. Dei stadige endringane gjev dei som jobbar med samhandlinga nye utfordringar og dei skal være oppdatert på nye rutinar og regelverk for å halde tritt med den stadige utviklinga. Dette er noko som kan opplevast som krevjande for dei partane som er involvert. Den stadige utviklinga innanfor dagens helseteneste set og krav til at sjukepleiarane må ha kunnskap av ulik type og på fleire områder (Samhandlingsreforma, 2008-2009).

Samhandlingsreforma (2008-2009) har og som hensikt å tilstrebe at den tenesta som ein leverer vert mest mogleg heilskapleg, til tross for at den kjem frå eit fragmentert tenesteapparat. For å tilstrebe ein visjon om heilskaplege tenester må ein være bevisst på kva type kunnskap ein treng for å fremje god samhandling. Samhandlingsomgrepet vil i denne oppgåva bli forstått som det samarbeidet som helsepersonale har i høve utskriving av pasientar. I dag vert det stilt krav til at det skal være effektivitet innanfor helsevesenet (Samhandlingsreforma, 2008-2009), og mi erfaring er at sjukepleiarane får for lite tid til kunnskaps- og kompetanseutvikling for å imøtekomme eit system som stadig er i endring. Ved å ha fokus på kunnskap og kompetanseutvikling i sjukepleiepraksis kan det være lettare å møte dei krava som vert stilt til yrket. Når ein utviklar seg kunnskapsmessig vil ein og kunne bidra til å auke kvaliteten på det helsetilbodet som er i dag (Samhandlingsreforma, 2008-2009).

### 1.1 Tidlegare forskning

I søk etter tidlegare forskning vart ulike databasar nytta, blant anna: Bibsys, Pubmed, Svemed+, Norart. Søkeord som vart nytta i ulike kombinasjonar på norsk og engelsk var mellom anna: sjukepleiar, kunnskap, kompetanse, samhandling, spesialisthelseteneste.

Forskning viser at mange av dei pasientane som vert definert som utskrivingsklare ved ein sengepost vert overført til opphald ved ein sjukeheim for vidare behandling (Hofstad & Norvoll, 2003). Det er tydelige forskjellar på kva fokus ein har når det kjem til behandling på eit sjukehus og i kommunehelsetenesta (Tingvoll, Sæterstrand & Fredriksen, 2010), det er viktig med god samhandling både før og under overføring av pasienten for å kunne styrke overgangen, noko som Danielsen og Fjær (2010) finn i sitt forskingsarbeid. Tidlegare forskning (Halling & Danielson, 2007) viser at

sjukepleiaren opplever det stressande å stå ovanfor krav frå ulike samhandlingspartnara og at det gjev ei kjensle av usikkerheit og utilstrekkelegheit. Vidare vert det nemnt at sjukepleiaren opplever sin arbeidssituasjon betre og meir stimulerande dersom dei opplever ei god samhandling og føler at dei innehar den kunnskap og kompetanse som er naudsynt i aktuell situasjon (Halling & Danielson, 2007). Sjukepleiaren opplever og at manglande vektlegging av moglegheita til kompetanseutvikling gjev ei kjensle av å ikkje levere den kvaliteten som er ynskt på ei teneste (Paulsen, Harsvik & Halvorsen, 2004). Garåsen (2008) finn at det i utskrivingspapir frå spesialisthelsetenesta manglar utfyllande beskriving av pasienten sin ADL og kva som skal følgjast opp etter ei utskriving. Hellesø, Sorensen & Lorensen (2005) finn i sin studie at det er ulike behov for informasjon basert på om sjukepleiaren jobbar i spesialisthelsetenesta eller i kommunehelsetenesta. Tverrprofesjonelt samarbeid innanfor helse er ein kompleks prosess og ein viktig faktor for å hjelpe pasientane (Lingard, Espin, Evans & Hawryluck, 2004). I helsesektoren er det mange ulike yrkesprofesjonar som må samarbeide for å nå felles mål (Østerud, 2008; Lewin & Reeves, 2011). Det er behov for at ein deler kunnskap og informasjon, og eit samarbeid mellom yrkesprofesjonar har behov for struktur (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi, 2011). Adler, Kwon & Heckscher (2007) finn at dei ulike yrkesprofesjonane i spesialisthelsetenesta har ulik kunnskap og funksjonar og at det dermed oppstår eit hierarkisk system, og at dette igjen kan danne barriere for kunnskapsutvikling og læring.

## **1.2 Hensikt med studien**

Min hensikt med studien er å beskrive korleis sjukepleiaren erfarer dei kunnskapsmessige utfordringane i kvardagen når det kjem til samhandling rundt utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

## **1.3 Problemstilling**

Denne studien søker svar på følgjande problemstilling; "Korleis erfarer sjukepleiaren dei kunnskapsmessige utfordringane knytte til samhandling ved utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta?"

## **1.4 Avgrensing**

I denne masteroppgåva har eg valt å fokusere på sjukepleiaren i spesialisthelsetenesta. Eg har valt dette fokuset for å få fram sjukepleiaren si erfaring om korleis samhandlinga er i samband med utskriving av ein pasient. Det er ikkje gjennomført intervju med nokon på leiingsnivå.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

Sidan oppgåva omhandlar kunnskapsmessige utfordringar har eg valt å skrive den i lys av kunnskapsteoretisk perspektiv. Ulike profesjonar har forskjellige krav gjennom si utdanning, og gjennom den utdanninga får ein presentert vitenskapelig og teoretisk kunnskap som ein skal nytte i si yrkesutøving (Grimen, 2008).

Vi skil vanlegvis mellom den praktiske og den teoretiske kunnskapen. Grimen (2008) trekk fram Ryles sine omgrep "knowing how" (praktisk kunnskap) og "knowing that" (teoretisk kunnskap). Den praktiske kunnskapen vil kunne definerast som det å gjere noko, å vite korleis ein skal gjere ei handling. Den teoretiske kunnskapen vil kunne definerast som å vite kva noko er. Praktisk og teoretisk kunnskap ligg tett opp mot kvarandre og kan til tider være vanskeleg å skilje.

Johannessen (1999) omtalar tre ulike typar kunnskap; påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap. Desse tre ulike aspekta av kunnskap utgjer til saman ein heilskap innan kunnskap, dei er avhengig av kvarandre for å gje mening.

### 2.1 Tre ulike kunnskapsformer

Påstandskunnskap kan definerast som den teoretiske kunnskapen. Denne typen kunnskap vert uttrykt gjennom ulike påstandar og den vil kunne endre seg i samband med at det vert utvikla nye teoriar (Grimen, 2008). Som sjukepleiar vil påstandskunnskapen være den kunnskapen som har om for eksempel korleis ein sjukdom artar seg, eller korleis ein prosedyre er. Både Martinsen (2005) og Molander (2006) nemner at påstandskunnskap er ein kunnskap som er nødvendig å inneha for å kunne grunngje sine val og handlingar i arbeidet.

Ferdigheitskunnskap kan definerast som den kunnskapen ein tileignar seg gjennom å praktisere, og Johannessen (1999) skil mellom to ulike aspektar ved kunnskap; fortrulegheitskunnskap og ferdigheitskunnskap. Ferdigheitskunnskapen som sjukepleiaren har lært gjennom handling er ikkje utelukka basert på eiga erfaring, den kjem og frå vidareformidling av andre si erfaring (Thomassen, 2006). I følge Grimen (2008) vil ferdigheitskunnskapen eller den praktiske kunnskapen kjenneteiknast ved at den er personleg og kunnskapen kan knytast til anvendt situasjon. Slik eg tolkar det vil dette sei at ein kan gjenkjenne kva sjukepleiar som har utført ein prosedyre då vi anvend lik kunnskap på ulik måte.

Fortrulegheitskunnskap er det som vi legg til grunn for våre handlingar gjennom vår forståing, og den kan definerast som den personlege erfaringsbaserte praksiskunnskapen. Fortrulegheitskunnskapen

kan ein sjå i samanheng med den erfaringslærte kunnskapen då læring av erfaring inneberer ein personleg kjennskap til noko, og ikkje bere teoretisk kunnskap (Johannessen, 1999).

Fortruelegheitskunnskap inneheld element av både påstandskunnskap og taus kunnskap. Dette vil sei at fortrulegheitskunnskap består mykje av "ikkje-verbalisert" kunnskap, samt erfaringar og skjønn (Grimen, 2008).

## **2.2 Kompetanse og kunnskapsutvikling**

Ein kan tillære seg kompetanse både teoretisk og praktisk, kompetanseutvikling vil med andre ord sei at ein får utvikle sine kunnskarar og ferdigheter (Lai, 2004). Ein kan sei at kompetanse vert bruk av tillært kunnskap. Nordhaug (2004) omtalar kompetanse som eit omgrep som handlar om meistring. Vidare definerer han kompetanse som kunnskap, ferdigheit og dei evnene som ein nyttar i utføring av sitt arbeid. Sjukepleiarane må oppmuntrast til livslang læring og kompetanseutvikling, dei må og tilstrebe å styrke sin kompetanse for å bidra til kvalitetsforbetring (Meld.St. nr 10, 2012-2013).

I eit fellesskap finnest det ein kultur som pregar korleis handlingar og kunnskap vert utvikla. Bennich (2012) omtalar i si forsking at føresetnad for utvikling av kompetanse er forskjellig ut i frå kvar ein er tilsett. Kunnskap gjennom handling vert utvikla gjennom fellesskapet og arbeidsfordeling. Alle personane i eit fellesskap må ha interesse for kunnskapsutvikling for å halde dette levande (Molander, 1996). Lai (2004) omtalar utvikling av kompetanse som noko ein gjer for å fremje læring i ein organisasjon, og at i ein organisasjon vil utvikling av kompetanse dreie seg om ulike tiltak for å dekke dei behov som dei tilsette har.

## **2.3 Tverrprofesjonell kunnskap**

Ulike yrkesprofesjonar vert kjenneteikna ved at dei forvaltar bestemte typar kunnskap. Tradisjonelt er det ofte slik at profesjonskunnskap består av ulike fagområde og typar kunnskap og med lite samhandling på tvers av dette. Ulike yrkesprofesjonar sin kunnskap vert samanfletta fordi det er eit behov for dette for å nå eit felles mål (Grimen, 2008). Det er eit behov for at ulike yrkesprofesjonar har kunnskap om kvarandre sine fagområde for å kunne utøve god samhandling på tvers (Meld. St. nr 13, 2011-12).

## **3.0 Metode**

For å få fram sjukepleiarane sitt syn og deira forståing av det dei erfarte som utfordringar i sitt daglege arbeid, vart det naturleg å gjennomføre kvalitative intervju og nytte kvalitativ metode. I følge Malterud (2011) eignar kvalitativ metode seg til å utforske mellom anna samhandling og

haldningar hos personar, då kvalitativ metode bygger på teoriar om menneskeleg erfaringar og fortolking. Kvale og Brinkman (2009) nemner at kvalitative forskingsintervju har som mål å få fram personar sine erfaringar av ei oppleving. Thagaard (2009) nemner at det å tolke intervjutekstar kan sjåast på som ein type dialog mellom den som har gjennomført intervjuet (forskar) og den teksten som har blitt transkribert. Kvalitative intervju har som hensikt å innhente ein beskriving av den som vert intervjuet sin opplevde erfaring, med eit blikk på fortolking av det beskrivne fenomenet. Den kvalitative metoden er bygd på teori om menneska sine erfaringar og ei fortolking av dette. Kvalitative metode er bygd opp gjennom innsamling av data frå ei kjelde, organisering av dette og deretter ei tolking av dette kjeldematerialet (Malterud, 2011). I denne studien har eg valt ei hermeneutisk tilnærming gjennom tolking av tekst frå intervjuet som har blitt gjennomført.

### **3.1 Hermeneutikk**

I hermeneutikken har Gadamer (2004) ein sentral plass, og noko av hans grunntanke var ikkje berre kva vi gjer eller skal gjere, men kva som skjer med oss ubevisst i prosessen. Hermeneutikk er ein teori om forståing av betydning av eit kjeldemateriale, anten det er i språkform (tale), ein skriv tekst eller ein observasjon av åtferd (Polit & Beck, 2010). Mi hensikt var å få mest mogleg innsikt i informantanes eigne erfaringar og klare å forstå desse basert på deira eigne premisser. For å klare å forstå dei ulike enkeltdelane som kom fram sett i ein større meiningssamanheng må ein klare å få ein forståing av den heilskapen som dei fragmenterte delane høyrer heime under. Når ein utforskar desse ulike delane vil ein få ei betre og meir utvida heilskapsforståing. Det er dette som vert kalla for den hermeneutiske sirkel eller spiral. En slik sirkel eller spiral er i stadig utvikling i forhold til vår forståing, og ein unngår å lage seg ei oppfatning eller førestille seg at den forståinga som ein har er endeleg (Aadland, 1997). Allereie når sjølve problemstillinga i oppgåva vart laga danne eg grunnlaget for at den hermeneutiske sirkel skulle utvide seg. Gjennom å lese meir forskning og litteratur fekk eg fleire fragmenterte delar som vart sett saman til ein større heilskap som igjen har gjeve ei betre og djupare innsikt og forståing for det aktuelle temaet og problemstillinga i oppgåva.

Kvale (1997) omtalar at det som ein spør om i ein intervjuguide bør være tematisk knytt opp til emnet som oppgåva omhandlar, det teoretiske som er bakgrunn for oppgåva og til den analysen som ein skal gjennomføre. Når intervjuguiden vert bygd opp systematisk på ein slik måte vil den kunne være ein del av valideringa av det arbeidet som er utført i studien. Eg måtte ta standpunkt til om eg ville nytte ein meir uformell samtale der spørsmåla kom meir spontant når ein samhandlar med informanten, skjema som var meir standardisert og hadde meir opne svaralternativ eller skjema med

fastsette svaralternativ. Som forskar er eg uerfaren og valde i samråd med min rettleiar å nytte ein meir uformell intervjuatype med intervjuguide som hjelpemiddel.

Intervjuguiden (vedlegg 4) gav meg ein rettetråd i forhold til korleis intervju skulle gjennomførast for å best mogleg kunne svare på problemstillinga i oppgåva. Til tross for at intervjuguiden var bygd opp med definerte spørsmål for kvart tema hadde eg moglegheit til å tilpasse eller justere undervegs i intervju.

### **3.2 Rekruttering og utval av informantar**

Målet med rekrutteringa av informantar var å få tak i sjukepleiaren med fleire års erfaring innan samhandling rundt utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta. Eg valde ut ein sengepost som hadde mykje og dagleg utskriving av pasientar til kommunehelsetenesta, der eg såg at informantane kunne ha gode moglegheiter til å bidra med god kunnskap inn i studien. Val av både informantar og sengepost kom sjølv fram ut i frå problemstillinga som eg valde i studien. I følgje Grønmo (2004) gjer ein gjennom formulering av ei problemstilling i ein studie ei avgrensing av kva det er for samfunnstilhøve som ein skal sjå nærmare på.

Inklusjonskriterie i studien var at sjukepleiaren hadde over 5 års erfaring frå sengepost i spesialisthelsetenesta. Leiar fekk utlevert informasjonsskriv og førespurnad om deltaking i studien og ei samtykkeerklæring (vedlegg 2 og 3). Dette vart delt ut til aktuelle informantar og returnert direkte til meg i lukka konvoluttar. Ved at informantane returnerte aktuelle skjema direkte til meg i lukka konvolutt sikra eg deira anonymitet.

Ei veke etter at leiar hadde levert ut skjema hadde eg 5 informantar som var villig til å stille opp og delta på intervju. Vidare kontakt med informantane gjekk over telefon. Kvale (1997) skriv at i forhold til tal informantar i ein studie skal ein inkludere og intervju så mange som er nødvendig for at ein skal få greie på det som ein leitar etter svar på. Metting er og eit omgrep som vert nytta i forhold til dekning av informantar i ein studie (Fagermoen, 2005), og i forhold til omfanget av oppgåva var 5 informantar stor nok metting til å dekke informasjonsbehovet.

### **3.3 Datainnsamling og transkribering**

Eg gjennomførte intervju med informantane i løpet av september 2014. Intervju med sjukepleiarane vart gjennomført på eit eigna møte/personalrom på sengeposten der vi kunne sitte uforstyrta. Intervju vart gjennomført individuelt. Under intervju nytta eg lydopptakar.

Intervjuguiden vart nytta som utgangspunkt for gjennomføring av intervju. Etter gjennomføring av det første og andre intervjuet spurde eg informantane om det var nokre type spørsmål som dei ville ha lagt til, men det var det ikkje. Alle intervju hadde varigheit på ca. 1 time, med unntak av eit som hadde varigheit på ca. 90 minuttar.

Eg valte å starte kvart intervju med at eg som forskar informerte om studien slik at informantane skulle få ei kjensle av tryggleik og få gjenteke den informasjonen som dei hadde motteke skriftleg på eit tidlegare tidspunkt. Eg opna og opp for at informantane skulle få komme med eventuelle spørsmål dei måtte ha knytt opp til informasjonsskrivet eller studien. På forhand avtalte eg med informantane at det ikkje skulle nemnast namn eller persongjenkjennande hendingar i intervjusituasjonen av omsyn til personvernet. Som forskar prøvde eg i størst mogleg grad å la informantane snakke fritt og ikkje avbryte for mykje. Det er som forskar viktig å ikkje avbryte eller blande seg for mykje underveg når informantane snakkar (Malterud, 2011). Informantane framsto som engasjerte og med ein oppriktig interesse for å bidra inn i studien. Det at informantane gav rask tilbakemelding på førespurnad om å delta i studien gjenspeglar kanskje deira engasjement i intervjusituasjonen.

Som uerfaren forskar syntest eg først at rolla som intervjuar var uvant og eg kjende meg noko klønete. Eg hadde på forhand gjennomført eit par prøveintervju med vener, men det kjendes likevel annleis ut når eg var ute i feltet. Når eg hadde gjennomført eit par intervju kjende eg meg tryggare i rolla og det vart lettare og kjekkare. Eg kjende at eg undervegs fekk opparbeida meg erfaringar som gav meg ei kjensle av tryggleik og eg vart meir rusta til å takle pausar og tausheit som var små avbrekk der informantane reflekterte før dei snakka vidare. Som forskar må ein ha ein evne til å lytte og vise interesse for det som ein informant fortel og formidlar i løpet av eit intervju (Dalen, 2011). Ved gjennomføring av intervjusituasjonen tilstreba eg å alltid være ærleg med informantane og nytta ingen skjulte teknikkar. Eg stilte ingen leiande spørsmål for å få tak på eventuelle underliggande informasjon. I følgje Fog (1998) høyrer ikkje ein slik teknikk heime innan forskning og vil kunne bidra til å mistenkeleggjere informanten. Mitt mål var å behandle informantane med respekt, og på ein slik måte kunne oppnå truverd og tillit.

I følgje Malterud (2008) er transkribering noko som gjev ein moglegheit til å legge merke til nye aspekt ved intervjuet enn det som ein har lagt merke til tidlegare. Transkriberinga av datamaterialet frå lyd samtale til skriven tekst vart gjort umiddelbart etter kvart intervju. Samtlege intervju vart transkribert av meg sjølv. Sjølve prosessen med transkribering var svært tidkrevjande til tross for at lyd kvaliteten var god. Eg støtte ikkje på nokre problem med sjølve transkriberinga, men prosessen

tok noko lengre tid enn eg hadde forventa. Når eg hørde gjennom intervju fleire gangar under transkriberinga opplevde eg å oppdage nye utsegn hos informantane som eg ikkje hadde lagt merke til under sjølve intervjusituasjonen. Eg erfarte det å gå gjennom intervju fleire gangar i løpet av transkriberinga som ei god hjelp og førebuing til analyseprosessen.

### **3.4 Analyse**

Studien hadde som hensikt å utforske informantane sine erfaringar gjennom tolking av tekst frå intervju, og har ei hermeneutisk tilnærming (Kvale & Brinkman, 2009). I analysen valde eg å følge Systematic Text Condensation-metoden (STC), som er ein prosess som består av fire ulike analysesteg: **1.** Få eit heilskapsinntrykk. Det vil sei å lese gjennom alle intervju for å få eit heilskapsinntrykk og vurdere mulige tema. **2.** Finne dei meiningsberande einingane. Å lese gjennom intervju og finne det som er dei meiningsberande einingane, her vil ein gå frå tema til kode. **3.** Kondensering. Her skal kunnskapen frå førre steg bli abstrahert gjennom å identifisere og kode dei meiningsberande einingane inn i grupper og subgrupper. Ein skal gå frå kode til mening. **4.** Samanfating. På dette steget skal ein sette saman alle bitane igjen, ein skal samanfatte det ein har funnet og legge eit grunnlag for nye beskrivingar og omgrep som kan delast med andre. Her skal ein gå frå kondensering til beskriving og omgrep (Malterud, 2011).

Allereie når eg sat i intervjusituasjonen med informantane byrja eg prosessen med å analysere data. Gjennom det som vart formidla i intervju kunne eg sjå kva som gjekk igjen i svara på spørsmåla frå intervjuguiden. Då kunne eg danne meg eit bilete av arbeidet vidare framover. Etter at alle intervju var transkriberte i sin heilskap byrja eg med å lese gjennom datamaterialet fleire gangar. Slik klarte eg å skape meg eit heilskapsinntrykk av alt saman. Intervjuguiden min var i samråd med min rettleiar delt opp i aktuelle tema, noko som gjorde prosessen med å vurdere tema for analysen lettare. For å klare å finne dei meiningsberande einingane trakk eg ut utsegn eller sitat frå datamateriale som hadde utmerka seg. Desse utsegna eller sitata kondenserte eg saman slik at det kom fram tydelege kodar. Ein kan sei at eg pressa dei saman til fullkomne kodar (vedlegg 5).

Den hermeneutiske sirkel eller spiral (Aadland, 1997) var til god hjelp i arbeidet med å fortolke data. Kvar del at teksten var sett i samheng med heilskapen, som igjen vart sett i samheng med dei ulike delane. Eg nytta mykje tid på å reflektere over datamaterialet, både utsegn og sitat som kom fram. Polit og Beck (2008) skriv at det å reflektere er ein prosess der ein og skal reflektere kritisk over sin eigen forforståelse då den kan påverke korleis ein tolkar datamaterialet. Eg valde å nytte refleksjonsnotat for å klargjere min forforståelse, slik at den ikkje skulle verke inn på min tolking av



datamaterialet. Til slutt i analysen samanfatta eg alle delane til ein heilskap. Som forskar bevega eg meg heile tida mellom fragmenterte delar og ein heilskap i eit forsøk på å få ei større forståing av det innsamla datamateriale.

Når ein skal tolke eit datamateriale vil det sei at ein set det som vert studert inn i ein større samanheng og kan dermed klare å finne fram til noko nytt i forhold til det aktuelle temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Eg har analysert datamaterialet opp mot tidlegare forskning og aktuell teori for å klare å finne fram til ny kunnskap på området. I min studie både belyser og bekreftar eg dei kunnskapsmessige utfordringar som sjukepleiaren erfarer i høve utskriving av pasientar. Sjølve arbeidet med å analysere alt datamaterialet var utfordrande. Det var eit tidkrevjande arbeid og det kjendes først noko vanskeleg å få ein oversikt. Som uerfaren forskar var det svært nyttig å kunne følge ein analyseprosess trinn for trinn for å få meir oversikt over heilskapen.

### **3.5 Etiske vurderingar**

Eg er som forskar kjent med dei forskningsetiske retningslinjene (Helsinkideklarasjonen, 1964), og gjennom heile prosessen med oppgåva har eg vært bevisst på desse. Det har ikkje blitt samla inn personopplysningar og eg var derfor ikkje søknadspiktig om konsesjon for dette i forhold til REK. Eg søkte til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og prosjektet vart godkjent i juni 2014 (vedlegg 1).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det tre ulike etiske reglar som ein bør ta omsyn til når ein skal forske og nytte menneske som informantar. Desse tre er: konfidensialitet, informert samtykke og omsyn til kva konsekvensar deltaking i studien og den gjennomførte forskingsprosessen kan få for informanten etter at studiet er avslutta. Ved å ikkje ta med eller registrere namn til informantane under gjennomføring av intervju vart konfidensialiteten ivareteke. Når intervjuet var ferdig gjennomført og transkriberte vart dei koda på ein slik måte at det ikkje vart knytt direkte opp mot namn. Dette for å sikre at informantane sin anonymitet skulle bli ivareteke gjennom heile prosessen. Alle informantane vart informert om graden av anonymitet og korleis den vart ivareteke gjennom heile prosessen både i forkant og under intervjusituasjonen for at dei skulle kjenne seg trygge. Før intervjuet vart gjennomført leverte eg ut brev med informasjon om kva studien omhandla og eit samtykkeskjema som samtlege av informantane skreiv under på. I forkant av intervjuet informerte eg og munnleg til alle informantane kva som var hensikta med studien og at dei på eit kvart tidspunkt hadde moglegheit til å trekke sin deltaking utan å måtte forklare seg. Informantar som deltek i ein studie skal kunne trekke sin deltaking utan å måtte oppgeve ein årsak for dette (Ruyter, 2003).

Når ein vel å gjennomføre datainnsamling i form av intervju deler informantane sine erfaringar med den som er forskar. Dei erfaringane som kom fram i løpet av intervjuet vart i prosessen av analysering ikkje teke ut av den gjevne samanheng, men vart tolka i lys av studien sin problemstilling. Alt av informasjon om studien, datamateriale i form av transkriberte intervju, kodar og pc som vart nytta var innelåst medan studien pågikk. Alt skriftleg materiale vart makulert etter at studien var over.

### **3.6 Mi rolle som forskar**

I følge Kvale (1997) er det viktig at ein som forskar klarar å halde eit kritisk perspektiv i ein intervjusituasjon. Dette er viktig for å unngå å påverke informantane med sin eigen forforståelse. Før eg starta med intervju laga eg eit refleksjonsnotat og eg laga refleksjonsnotat etter kvart intervju. På denne måte klarte eg å nytte min eigen forforståelse på ein positiv måte då eg heile tida var bevisst min kunnskap på det aktuelle fagområdet og i forhold til kva kvar enkelt informant hadde uttalt i intervjusituasjonen. Refleksjonsnotata hjelpte meg og til å unngå å tolke informantane sine utsegn basert på min eigen forforståelse. Eg er sjølv utdanna som sjukepleiar og har jobba i spesialisthelsetenesta. Det å forske på eige fagfelt er som å studere sin eigen verkelegheit (Wadel, 1991). Dei erfaringane og kunnskapen som eg har tileigna meg gjennom både studium og levde erfaringar har betydning for studien og oppgåva. Ved å inneha kunnskap og erfaringar frå det aktuelle fagfeltet som eg forska på utfordra eg min eigen forforståelse. Eg måtte sjå etter ein ny innsikt og dermed kunne klare å få fram ny kunnskap.

### **3.7 Studien sin truverde**

Innanfor forskning er det to kriterier som studien vert vurdert innanfor; pålitelegheit og gyldigheit. Pålitelegheit omhandlar korleis prosessen rundt intervju, transkripsjon og analyse har vært, og at det skal være lett å følge den (Graneheim & Lundman, 2004). Gyldigheita omhandlar kva grad den valde metoden undersøken det den skal (Kvale & Brinkman, 2009). Når ein nyttar kvalitativ metode skal denne kunne etterprøvast. Det å skulle etterprøve resultatene i denne studien kan være vanskelig då dei som var informantar kan endre meiningar på grunnlag av endringar i organiseringa rundt samhandlinga av utskriving av pasientar.

Eg har gjennom heile prosessen med oppgåva fått rettleiing og tilbakemeldingar frå rettleiar på det arbeidet som eg har gjort. Intervjuguiden vart utarbeida i samarbeid med rettleiar for å sikre at dei ulike tema i intervjuet skulle svare på spørsmålet i oppgåva og samsvare med studien sin hensikt. Datamaterialet var gjennomgått saman med rettleiar og dei ulike meiningseiningane som reflekterte mest på problemstillinga i oppgåva vart identifiserte. Det har vært lagt vekt på at meiningseiningane

ikkje skulle vere for omfattande eller innehalde fleire ulike fenomen på same tid, eller at dei skulle vere for snevre slik at det som opphavleg var meininga kunne forsvinne. Tabellen (vedlegg nr 5) viser eit eksempel på korleis abstraksjonen av materialet vart gjennomført.

Gyldigheita seier noko om kva grad ein metode undersøke det som den skal undersøke. Problemstillinga i oppgåva har blitt besvart og har gjeve ein god beskriving av kva sjukepleiaren erfarer som dei kunnskapsmessige utfordringane rundt utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta. Slik synest valet av kvalitativ metode med gjennomføring av intervju riktig å nytte her. Det som eg fant i denne studien har blitt styrka av det som tidlegare forskning har beskrive. I studien min vart problemstillinga besvart og støtta av tidlegare studium og dermed framstår gyldigheita i studien som god.

Pålitelegheita i ein studie seier noko om korleis prosessen har vært og om det er mogleg å følgje den. Som forskar har eg gjort greie for korleis eg har gått fram i forskingsprosessen slik at det på ein enkel måte er mogleg for lesar å følgje den. Dette omhandlar utval og rekruttering av informantar, gjennomføring av intervju, transkribering og metode for analyse. Eg har gjort greie for korleis eg som forskar har forsøkt å vere objektiv og ivareta informantane på ein best mogleg måte. Det vart nytta same intervjuguiden på alle informantane noko som styrkar pålitelegheita. Gjennom heile prosessen har eg forsøkt å vere så grundig som mogleg for å kunne komme fram med ein påliteleg undersøking av temaet. Eg skil mellom informasjon som informantane har gjeve og korleis eg har tolka dette i forma av å nytte direkte sitat når eg presenterer funn i studien. Dette er noko Thagaard (2009) meiner er noko av grunnlaget for pålitelegheita i datagrunnlaget.

Overførbarheit er knytt til at den forståinga som vert utvikla innanfor ei ramme av eit prosjekt også kan vere relevant i andre situasjonar (Thagaard, 2009). Min studie dreia seg om erfaringa til fem sjukepleiarar på eit sjukehus. Resultata kan neppe overførast til å gjelde alle sjukepleiarar som jobbar i spesialisthelsetenesta. Studien gjev eit innblikk i kva desse sjukepleiarane erfarer og kan bidra til å skape meir kunnskap rundt akkurat dette temaet.

## **4.0 Resultat**

I dette kapittelet presentera eg funn frå studien som består av intervjudata frå eit utval informantar som besto av fem sjukepleiarar. Det er delt inn i ulike underkapittel som kvar belyser korleis sjukepleiarane erfarar og beskriv sin kvardag slik den framstår gjennom mi tolking.

## **4.1 Utskriving av pasient frå sengeposten**

Ved utskrivning av pasient frå sjukehus til kommunehelsetenesta er det fleire ulike rutinar som sjukepleiarane skal følgje. Sjukepleiarane gjev uttrykk for at dei ikkje heilt kjenner til om det finnst retningslinjer for dei ulike ansvarsområda, men alle var klåre på at medisinkurva og epikrisa var legen sitt ansvar å sette opp og sjekke at det er oppdatert. Samtlege av informantane opplyser at det ikkje er sjølvstøtt eller alltid like lett å vite kva som er dei sjukepleiefaglege utfordringane som pasienten har ved utskrivning. Dette krev at sjukepleiaren har ein brei kunnskap om sitt fagfelt for å kunne kartlegge dette på kort tid. Det kjem fram at det er usikkerheit blant sjukepleiarane på kva som er viktig å få med i beskriving av ein pasient sitt funksjonsnivå når informasjon skal vidareformidlast.

”Det er vel sjeldan eller kanskje aldri at det står heilt klårt nokon plass kva som er dei sjukepleiefaglege utfordringane til pasienten når han er klar til å bli utskriven. Det er ikkje alltid så lett å skulle finne det ut når du ikkje har møtt pasienten tidlegare. Eg må nesten vite ein del om kva funksjonsnivå pasienten har for å klare å skrive ein god rapport. Det vert mykje informasjon som skal innhentast på kort tid, og eg har jo stort sett mange andre oppgåver og. Nei, det er vel ikkje alltid at informasjonen som vert sendt ut til kommunane er så veldig god akkurat..... den vert vel til tider mangelfull.....”

Dette tolkar eg slik at informantane kjenner det som ei utfordring at det ikkje alltid er klart definert kva type oppfølging eller behandling som pasienten skal ha vidare etter utskrivning frå sengeposten. Vidare vert det opplevd som kaotisk og sjukepleiarane sit att med ei kjensle av usikkerheit når dei ikkje klarar eller kan vidareformidle til kommunehelsetenesta kva behov pasienten har vidare framover.

## **4.2 Samhandling med andre yrkesgrupper**

Når det kom til utskrivning av pasientar var det fleire yrkesgrupper som var involvert i prosessen. Informantane opplyste at det var samarbeid eller samhandling med legar, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom og andre sjukepleiarar. Samarbeidet med andre yrkesgrupper varierte ut i frå kva pleiebehov pasienten hadde eller kor kompleks situasjonen var. Samhandlinga med dei andre yrkesgruppene vert av samtlege informantar beskrive som til tider anstrenga. Det var ikkje alltid at sjukepleiarane snakka direkte med andre yrkesgrupper enn dei legane som var ansvarleg for pasienten. Notat frå fysioterapeut, logoped, sosionom eller ergoterapeut var mogleg å lese i det elektroniske journalsystemet DIPS, men det var ikkje alltid at det var ferdig eller klart når pasienten var klar til utskrivning.

”Eg veit vel lite om kva dei andre driv med eller korleis dei jobbar med pasientane når det kjem til utskrivning. Det er så travelt her i kvardagen at det nesten er litt plagsamt når andre yrkesprofesjonar kjem og skal ha tid med pasienten. Eg må jo sjå til at eg rekk mine arbeidsoppgåver, då kan eg ikkje stå der og informere andre om alt det ein pasient har gjort i dag. Dei får passe sin eigen jobb! Det er egentleg litt dumt at vi ikkje klarer å samarbeide, men det er liksom berre ikkje tid til det. Vi unngår nesten kvarandre, og vert fort irritert på kvarandre, men vi kunne sikkert lært mykje av å samarbeida meir.....”

Denne uttalelsen tolkar eg slik at det vert opplevd som ei utfordring at sjukepleiaren har for lite kunnskap om korleis andre yrkesprofesjonar som er involvert i pasienten jobbar i høve utskrivning. Det vert slik at sjukepleiarane opplever dette som til dels konfliktfylt og gjev uttrykk for at det skaper usikkerheit. Det framkjem her at det er eit behov for meir tverrprofesjonell kunnskap.

Informantane gjev ei beskriving av det dei kjenner som eit hierarki der nokre yrkesprofesjonar er meir verd enn andre. Dette gjaldt og informasjonen som dei enkelte yrkesprofesjonane utveksla. Sjukepleiarane såg på sin informasjon som viktigare enn for eksempel informasjon frå ein fysioterapeut når det kom til kva som var viktig for kommunehelsetenesta.

### **4.3 Kunnskap og kompetanse**

Informantane beskriv ein kvardag med mange ulike arbeidsoppgåver og der dei ikkje får nok tid til å oppdatere kunnskapen sin på ulike fagområde. Når dei ikkje får tilrettelagt for å lese fagkunnskap på jobb, eller nok tid til å sette seg inn i og lære nye rutinar får dei ei kjensle av å ikkje være fagleg kompetente i den jobben som dei skal utføre.

”Eg kjenner meg litt dum liksom når eg ikkje har greie på noko som eg absolutt burde vite mykje om egentleg. Det er liksom ikkje tid til å sette seg inn i noko nytt her, og det er ikkje alltid at opplæringa er så god heller. Nokon har kanskje lært litt om ein del av ei ny oppgåve og nokon har lært noko om ein anna del, og så klarer vi å samarbeide nok til å få det til å fungere på eit vis. Vi lærer egentleg mykje av kvarandre og det er bra, men det hadde jo vært greitt å kunne det meste sjølv. Det er litt kjedeleg å ha den følelsen av at den eller den ikkje er på jobb så då klarer vi ikkje å utføre dei oppgåvene.”

Dette tolkar eg slik at sjukepleiarane erfarer at det er ei utfordring å finne nok tid til å oppdatere kunnskapen sin slik at dei kjenner seg trygge på at dei er fagleg kompetente i jobben sin. Det kjem

fram at mykje at kunnskapen vert lært direkte frå andre, men at det er eit stort behov for auka kunnskap for å kjenne seg trygg i jobben.

Dei endringane som samhandlingsreforma har ført til i forhold til utskriving av pasientar synest samtlege informantar er til det betre. Det elektroniske systemet for meldingsutveksling (PLO) som sjukepleiarane i spesialisthelsetenesta nyttar kjendes tryggare enn det å skulle ringe direkte til ein kommune. Informantane beskriv at det tidlegare kunne være språkvanskar når dei nytta telefon og at mykje av informasjonen då lett kunne gå tapt. Dei gjev uttrykk for at det kjennast tryggare å utveksle informasjon skriftleg når det kjem til komplekse pleiepasientar, framfor at mykje av informasjonen vert gjeven munnleg over telefon.

”Det er framleis noko nytt dette elektroniske systemet, men det er jo betre. Det er liksom tryggare å sende ut ein pasient når du ser svart på kvitt at all informasjon er motteke. Det er berre det at verken vi eller kommunen kjenner godt nok til systemet, det er vel nye rutinar for oss alle..... og så er det den samhandlinga med alle dei forskjellige partane som stoppar oss litt på ein måte. Vi skulle hatt så mykje meir tid til å oppdatere oss fagleg og lære oss alt det nye som kjem. Det hjelp ikkje å innføre mykje nytt dersom vi ikkje får tid til å lære oss det!”

Eg tolkar dette slik at innføringa av samhandlingsreforma har endra rutinar for utskriving av pasientar til det betre, men at det framleis er eit stort behov for å få auka eigen kunnskap på dei ulike områda. Ein av dei største utfordringane er at dei manglar kunnskap om korleis andre yrkesgrupper jobbar, og dette gjer samhandling rundt utskriving av pasientar til ei utfordring.

## **5.0 Diskusjon**

I diskusjonsdelen drøftar eg dei viktigaste funna opp mot relevant teori og tidlegare forskning. Gjennom intervju kjem det fram at sjukepleiarane har eit bevisst forhold at det er ulike utfordringar knytt til temaet. Sjukepleiarane har erkjent at kjensla av manglande kunnskap på ulike områder er ei utfordring i arbeidsdagen deira.

### **5.1 Metodekritikk**

Til tross for at kvalitativ metode og individuelle intervju er ein hensiktsmessig metode å nytte i mi forskning, vil det være nokre avgrensingar. Det er i kvalitative studium alltid ein risiko for at informanten seier det som dei trur at eg som forskar ynskjer å høyre. Alle informantane mine jobba

på same stad og det er derfor ein fare for at dei kunne ha påverka kvarandre i forkant. Intervjua hadde varigheit ca. 1 time, noko som gav avgrensingar i høve nyansert informasjon. Eit av intervjua hadde varigheit ca. 90 minuttar, og eg ser i ettertid at eg som forskar nok kunne ha vært flinkare til å få informanten til å gå vidare innanfor det aktuelle temaet. Eg syntest likevel at eg som forskar fekk dekkja dei ulike tema i oppgåva.

## **5.2 Kunnskapsmessige utfordringar**

Det er for sjukepleiarane opplagt at dei i sin jobb skal vite kva pasienten har gjort i løpet av sitt opphald på sjukehuset. Det er likevel ei utfordring at dei ofte i løpet av kort tid skal klare å skaffe seg nok og relevant informasjon som skal vidareformidlast ut til kommunehelsetenesta. I ein travel kvardag på ein sengepost vert det opplevd som krevjande ettersom pasientar ofte har eit komplekst pleiebehov og vidare problemområde ikkje alltid er klargjort når pasienten skal utskrivast. Sjukepleiarane gjev ei beskriving av at det kan være vanskeleg å vite kva informasjon som kommunehelsetenesta ynskjer og vektlegg i forhold til kva dei sjølv ser på som viktig i behandling av ein pasient. Dette er i samsvar med tidlegare forskning (Tingvoll et. al, 2010) og viser at god samhandling mellom ulike ledd i helsetenesta er viktig for å styrke overgangane (Danielsen & Fjær, 2010). Dette understrekar og at det er viktig at sjukepleiarane har god kunnskap om korleis dei tilsette i kommunehelsetenesta jobbar og kva dei vektlegg som viktig og nødvendig informasjon.

Samhandlingsreforma har bidrege til å endre rutineane for utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til det betre i følgje informantane. Det er no lettare å kommunisere med kommunane og det er ein mindre risiko for at viktig informasjon vert mistyda eller forsvinn. Samtidig har effektivisering av helsetenestene bidrege til at pasientar vert utskrivne frå spesialisthelsetenesta tidlegare og med eit meir komplekst pleiebehov. Dette stiller igjen krav til at sjukepleiarane i spesialisthelsetenesta kan bidra med god informasjon til kommunehelsetenesta. Det vert då og krav til at sjukepleiaren har nok og god fagleg kunnskap om kva behov pasienten har og kjem til å få etter utskriving. Det er ein risiko for at denne informasjonen kan verte mangelfull dersom sjukepleiaren manglar kunnskap om pasienten sine behov ved utskriving. Dette samsvarar med det som Garåsen (2008) finn i høve manglar i beskriving av pasienten sine behov. Ein kan då spørje om dette utgjør ein risiko for pasientane? Når sjukepleiarane ikkje får tilstrekkeleg med tid til å oppdatere seg fagleg vil dei og få problem med å sjå kva som er dei sjukepleiefaglege problemstillingane i høve dei ulike diagnosane som pasientar har ved aktuelt tidspunkt for utskriving. Det kan då bli for lite fokus på kva behov pasienten faktisk har og den informasjonen som vert utveksla vert dårleg eller mangelfull. Dette kan føre til auka risiko for at pasienten får behov for ein ny innlegging på sjukehus etter kort

tid. Til tross for at det er lærerikt at sjukepleiarar delar kunnskap med kvarandre er det viktig at det ikkje vert slik at det kun er nokre få sjukepleiarar som har kunnskap om enkelte diagnoser, behandlingar eller prosedyrar, og når desse ikkje er på jobb vert informasjonsutvekslinga med kommunehelsetenesta dårlegare.

I det som vert beskrive som ein travel kvardag med lite tid til å oppdatere seg på fagkunnskap, er sjukepleiarane flinke til å lære til og av kvarandre. Denne kunnskapen som vert direkte lært frå andre sjukepleiarar er kunnskap av ulike typar og informantane gjev uttrykk for at mykje av denne kunnskapen er av slik karakter at det ikkje er noko ein kan lese seg til i faglitteratur. I jobben sin har dei fleire ulike typar arbeidsoppgåver og for å utføre desse er det eit breitt behov ulike typar kunnskap – både påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap (Grimen, 2008). Dette viser at det er behov for å ha ulike typar kunnskap for å klare å handtere og beskrive pasientane sine problemstillingar på ein god måte. Alle sjukepleiarane hadde eit sterkt ynskje om å framstå som og være fagleg kompetente og dyktige i jobben som dei utfører. Det er ei utfordring for sjukepleiarane å oppnå dette når dei ikkje får nok tid til å oppdatere seg fagleg eller utvikle kunnskap til kompetanse. Som sjukepleiar er det viktig å lære frå andre men det er og viktig å få oppdatere seg på ny kunnskap og nye prosedyrar for å kunne bli tryggare i jobben sin. Når det ikkje vert tid til å oppdatere seg fagleg og utvikle kompetansen sin, er sjukepleiarane redd for at dei ikkje klarar å utføre ein fagleg kompetent jobb. Dette er i samsvar med det som Paulsen et. al. (2004) finn i si forskning, og understrekar at det er eit reelt behov for å få nok tid i kvardagen til å oppdatere seg fagleg.

### **5.3 Samhandling på tvers**

Sjukepleiarane beskriv at det til tider kjennes som ei utfordring å skulle har eit godt samarbeid med andre yrkesprofesjonar. Sjølv om dei jobbar mot eit felles mål med pasienten har dei ulike profesjonsutøverane ulike måtar å tilnærme seg pasienten på (Grimen, 2008). Informantane gjev uttrykk for at dei kjenner på både usikkerheit og irritasjon over manglande kunnskap på det området som gjeld korleis andre yrkesprofesjonar jobbar. Dette stemmer overeins med det som Halling & Danielson (2007) beskriv i si forskning. Mangel på kunnskap fører til at ein har lett for å gå i forsvar når det kjem til ulike problemstillingar i forhold til pasienten, og ein kan får ei kjensle av å være mindreverdige. For å fremje ei god samhandling med andre yrkesprofesjonar er det viktig og nødvendig med tverrprofesjonell kunnskap. Når det oppstår irritasjon og konflikhtar mellom yrkesprofesjonar er det ein risiko for at ein ikkje lenger har fullt fokus på pasienten. Når pasienten ikkje lenger er i fokus vil det være ein uheldig konsekvens av mangelfull samhandling mellom ulike yrkesprofesjonar.



Blant sjukepleiarane var det eit ynskje om å få til ei betre samhandling med ulike yrkesprofesjonar slik at det kunne bli lettare å nå dei mål som er sett for pasienten, men dei såg på dette som ein kompleks prosess. Dette er noko som stemmer overeins med tidlegare forskning (Lingard et. al., 2004). Ved å fremje god samhandling på tvers av ulike yrkesprofesjonar kan ein og bidra til at pasienten får eit betre forløp og at overgang mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta vert tryggare. Sjukepleiarane opplevde det tverrprofesjonelle samarbeide som lite strukturert og prega av eit hierarkisk system som til tider førte til at det oppsto fleire konflikhtar. Dette er og belyst i tidlegare forskning (Colin et. al., 2011; Adler et. al., 2007), og viser at det er viktig med ein god struktur for å fremje god samhandling mellom ulike yrkesprofesjonar.

## **6.0 Avslutning**

Studiens hensikt har vært å undersøke nærmare kva sjukepleiarane erfarer som dei kunnskapsmessige utfordringane rundt samhandling i høve utskriving av ein a pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Datamaterialet som eg samla inn viser at sjukepleiarane erfarer at dei treng ein brei fagleg kunnskap for å kunne kjenne seg trygg og fagleg kompetent i jobben sin.

Studien viser at mykje av den kunnskapen som sjukepleiarane treng i høve utskriving at pasientar får dei frå andre sjukepleiarar som dei jobbar saman med. I studien kjem det fram at sjukepleiarane får ei kjensle av å være utrygge i jobben sin når dei erfarer at dei ikkje har nok kunnskap på aktuelle områder. Sjukepleiarane treng det fundament med grunnleggande kunnskap som dei får med seg frå utdanning, men dei treng og påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap for å kunne imøtekomme ulike arbeidsoppgåver. Denne studien viser at det i dagens sjukepleiepraksis framleis er uløyste oppgåver i høve arbeid med å auke kunnskap og kompetanse fagleg og tverrfagleg av sjukepleiarar og helsepersonell. Eit forslag til vidare studie framover kan være korleis nyutdanna sjukepleiarar beskriv dei kunnskapsmessige utfordringane når dei kjem ut i arbeidslivet.

## Litteraturliste

- Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg....* Vitenskapsteori og metode i helse- og sosisalfagene. Universitetsforlaget, Oslo.
- Adler, P. S., Kwon S.K., & Heckscher C. (2007). "Professional Work: The emergence of collaborative community." I: *Organization science*. 19/2. "359".
- Bennich, M. (2012). *Kompetens och kompetensutveckling i omsorgsarbete. Synene på kompetens och lärande – I spenningsfaltet mellan samhällliga förutsättningar och organisatoriska villkor*. Linköpings Universitet, Institutionene for beteendevetenskap och lärande.
- Collin K.M., Valleala U.M., Herranen S. & Paloniemi S. (2011). "Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work." I: *Studies in Continuing Education*. 2011. "1-20."
- Dalen, M (2011). *Intervju som forskningsmetode-en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Danielsen, B.V. & Fjær, S. (2010). *Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*. *Sykepleien forskning*, 5, 28-34.
- Fagermoen, M.S. (2005). *Kvalitative studier og kvalitetskriterier*. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt - Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Gadamer, H.G. (2004). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutic*. Viborg: Systime Academic.
- Garåsen, H. (2008). *The Trondheim modell: Improving the professional communication between the various levels of health care services and impementation of the intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients*. Trondheim: Norewegian University of science and Technology. Trondheim, 2008.

- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing reserarch: concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24; 105-112.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hallin, K. & Danielson, E. (2007). *Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies, 44, 1221-1230.
- Hellesø, R., Sorensen, L. & Lorensen, M. (2005). *Nurses information management at patients discharge from hospital to home care*. International Journal of Integrated Care – Vol. 5, 8 July 2005-ISSN 1568-4156.
- Hofstad, G.E., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. STF78A033501: SINTEF Helse.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis och tyst kunnande*. Stockholm: Dialoger.
- Kvale, Steinar (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Lewin & Reeves (2011). *"Enacting team and teamwork: Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards."* I: Social science and Medicine. 72/2011. "1595-1602.
- Lingard, L., Espin S., Evans C. & Hawryluck L. (2004). *"The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit*. I: Critical care. 8/6/2004. "403-408".
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2 utg.). Gøteborg: Daidalos.
- Nordhaug, Odd (2004): *Strategisk kompetanseledelse. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. & Nygård, L. (2004). *Bemannings og tjenestetilbud i sykehjem*. SINTEF helse.
- Polit, D. F. & Beck C.T. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck C. T. (2010). *Essentials of nursing research, appraising evidence for nursing practice* (7 utg.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St. meld. Nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted, til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- St. meld. Nr 13 (2011-2012). *Utdanning for veldferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. Nr 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tingvoll, W-A., Sæterstrand, T. & Fredriksen, S-T.D. (2010). *Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringar om utskriving av eldre pasienter frå sjukehus*. *Vård i Norden*, 30, 29-33.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.

World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki (1964) – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Henta 22. Mars 2015 frå:

<https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Østerlund, C. (2008). *"The Materiality of Communicative Practices."* I: *Scandinavian Journal of Information Systems*. 20/2008. "7-40".

## **Artikkel**

### **Tittel:**

Kompetanse og tverrfagleg kunnskap er sentrale ved utskriving av pasient frå spesialisthelsetenesta.

### **Forfattar:**

Astri J. Hagenes (sjukepleiar/høgskulelærer, Høgskulen i Sogn og Fjordane)

Sunde,

6800 Førde.

[astri.johanne.hagenes@hisf.no](mailto:astri.johanne.hagenes@hisf.no)

Tlf: 48112171

Maj-Britt Råholm (professor, Høgskulen i Sogn og Fjordane)

**Antall ord i artikkelen: 2972.**

## **Samandrag**

**Bakgrunn:** Spesialisthelsetenesta har dei siste åra har gått gjennom ei rekke endringar når det gjeld utskrivning av pasientar frå sengepost. Nye endringar krev at dei ulike ledda i helsetenesta skal jobbe betre saman mot felles mål. For å klare dette må samhandling skje på fleire plan og mellom fleire yrkesprofesjonar. Når sjukepleiarane skal møte krava som dannar grunnlag for denne samhandlinga, krev det kunnskap av ulik type og på fleire områder.

**Hensikt:** Artikkelen søker å beskrive korleis sjukepleiarane erfarar dei kunnskapsmessige utfordringane i kvardagen når det kjem til samhandling rundt utskrivning av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

**Metode:** Det blei gjennomført individuelle kvalitative intervju med 5 sjukepleiarar frå ein sengepost i spesialisthelsetenesta. Innsamla data er analysert etter hermeneutiske prinsipp gjennom systematisk tekstkondensering, inspirert av Malterud.

**Hovudresultat:** Studien avdekka og belyser at det framleis er nokre uløyste oppgåver i høve arbeid med å auke kunnskap og kompetanse fagleg og tverrfagleg blant sjukepleiarar. Ulike typar for kunnskap er nødvendig for å klare å samhandle i høve utskrivning av pasientar, og mangel på kunnskap gjev sjukepleiaren ei kjensle av å være utrygge i jobben sin.

**Konklusjon:** Det kjem fram av studien at sjukepleiarane erfarar ufordringar både i forhold til samhandling med andre yrkesgrupper, og at tida til å oppdatere seg på kunnskap ikkje strekk til i ein travel kvardag. Når dei manglar kunnskap for å kunne utføre ein fagleg kompetent jobb, må dei stole på at det er nokon andre på jobb som innehar kunnskap om aktuelt tema. Dette viser at det er eit reelt behov for auka merksemd rundt nødvendige tiltak for å styrke kompetansen, og den tverrfaglege kunnskapen blant sjukepleiarane.

## **English summary**

**Background:** Specialist healthcare has during the last years gone through a number of changes when it comes to discharging patients from the hospital. These recent changes require that the various links of the healthcare service will work better together towards common goals. In order to achieve this collaboration must happen on several levels and between different professionals. For nurses to meet the different challenges that form the basis for this collaboration knowledge of different types and within many areas is required.

**Objective:** The purpose of this study is to describe how nurses experienced challenges related to their knowledge in everyday life when it comes to collaboration when discharging patients from specialist healthcare to municipality health care services.

**Method:** Individual qualitative interviews were carried out with 5 nurses from specialist health care. The data was analyzed by a hermeneutical approach through systematic text condensation, inspired by Malterud.

**Results:** This study revealed and highlighted that there is still some unsolved tasks in relation to efforts to increase knowledge and expertise professionally and interprofessionally by nurses. Different kinds of knowledge are necessary to successfully collaborate when discharging patients from specialist health care. The lack of knowledge results in feelings of unsafety among nurses.

**Conclusion:** The nurses experienced challenges when collaborating with other professional staff and there is not enough time during a busy day to update themselves. When they lack knowledge in order to perform a good job, they trust in other nurses when processing knowledge about relevant topics. The results also reveal that there is a real need for increased attention on the necessary steps to be taken in order to strengthen the professional and interprofessional competence of the nurses.

**Keywords:** qualitative, nursing, knowledge, collaboration, specialist healthcare, discharge patients



## INTRODUKSJON

I løpet av dei siste åra har spesialisthelsetenesta gått gjennom ei rekke endringar når det gjeld utskriving av pasientar frå sengepost. I 2009 vedtok stortinget Samhandlingsreforma (1), som mellom anna har som hensikt å bidra til at dei ulike ledda i helsetenesta vil klare å jobbe betre saman mot felles mål. Denne samhandlinga skjer på fleire plan og mellom fleire yrkesprofesjonar. Den stadige utviklinga innanfor dagens helseteneste set og krav til at sjukepleiarane må ha kunnskap av ulik type og på fleire ulike områder (1).

Forsking viser at mange av dei pasientane som vert definert som utskrivingsklare ved ein sengepost vert overført til opphald ved ein sjukeheim for vidare behandling (2). Det er tydelege forskjellar på kva fokus ein har når det kjem til behandling på eit sjukehus og i kommunehelsetenesta (3). Det er viktig med god samhandling både før og under overføring av pasienten for å kunne styrke overgangen, noko som Danielsen og Fjær (4) finn i sitt forskingsarbeid. Tidlegare forskning (5) viser at sjukepleiaren opplever det stressande å stå ovanfor krav frå ulike samhandlingspartnara, og at dette gjev ei kjensle av usikkerheit og utilstrekkelegheit. Sjukepleiaren opplever og at manglande vektlegging av moglegheita til kompetanseutvikling gjev ei kjensle av å ikkje levere den kvaliteten som er ynskt på ei teneste (6). Garåsen (7) finn at det i utskrivingspapir frå spesialisthelsetenesta manglar utfyllande beskriving av pasienten sin ADL og kva som skal føljast opp etter ei utskriving. Hellesø et al. (8) meiner i sin studie at det er ulike behov for informasjon basert på om sjukepleiaren jobbar i spesialisthelsetenesta eller i kommunehelsetenesta. Tverrprofesjonelt samarbeid innanfor helse er ein kompleks prosess og ein viktig faktor for å hjelpe pasientane (9). I helsesektoren er det mange ulike yrkesprofesjonar som må samarbeide for å nå felles mål (10 - 11). Det er behov for at ein deler kunnskap og informasjon, og eit samarbeid mellom yrkesprofesjonar har behov for struktur ettersom dei ulike yrkesprofesjonane i spesialisthelsetenesta har ulik kunnskap og funksjon (12-13).

Vi skil vanlegvis mellom den praktiske og den teoretiske kunnskapen (14). Johannessen (15) omtalar tre ulike typar kunnskap; påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap. Desse tre ulike aspekta av kunnskap utgjer til saman ein heilskap innan kunnskap, dei er avhengig av kvarandre for å gje meining.

Vi kan utdanne oss i kunnskap men vi må praktisere denne kunnskapen for å kunne bli kompetente. Ein kan tillære seg kompetanse både teoretisk og praktisk, kompetanseutvikling vil med andre ord sei at ein får utvikle sine kunnskapar og ferdigheter (16-17). Sjukepleiarane må oppmuntrast til livslang læring og kompetanseutvikling, dei må og tilstrebe å styrke sin kompetanse for å bidra til kvalitetsforbetring (18).

I eit fellesskap finnest det ein kultur som pregar korleis handlingar og kunnskap vert utvikla. Bennich (19) omtalar i si forskning at føresetnad for utvikling av kompetanse er forskjellig ut i frå kvar ein er tilsett. Alle personane i eit fellesskap må ha interesse for kunnskapsutvikling for å halde dette levande (20). Det er eit behov for at ulike yrkesprofesjonar har kunnskap om kvarandre sine fagområde for å kunne utøve god samhandling på tvers (21). I mitt arbeid som sjukepleiar har eg fått erfare at det er varierende samhandling mellom ulike yrkesprofesjonar, og at det ved slik samhandling krev ulike typar kunnskap. Studiens hensikt er å beskrive korleis sjukepleiaren erfarar dei kunnskapsmessige utfordringane i kvardagen når det kjem til samhandling rundt utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

## **METODE**

### **Datainnsamling og utval**

For å samle inn data til studien blei det gjennomført individuelle intervju med 5 sjukepleiarar frå ein sengepost på eit sjukehus. Intervjua vart gjennomført i perioden september 2014. For å få fram sjukepleiarane sitt syn og deira forståing av det som dei opplever og erfarer i sitt daglege arbeid vart kvalitative intervju nytta (22). Det vart utforma ein intervjuguide som var delt inn i aktuelle tema for å svare best mogleg på problemstillinga i studien. Intervjuguiden var bygd opp med definerte spørsmål for kvart tema, men med moglegheit for å tilpasse eller justere undervegs. Intervjuguiden fokuserte på tema som: utskriving av pasientar, samhandling, kunnskap, kompetanse og utfordringar. Inklusjonskriteria i studien var at sjukepleiaren hadde over 5 års erfaring frå sengepost i spesialisthelsetenesta.

Intervjua vart gjennomført på eigna rom på den aktuelle avdelinga på sjukehuset, og i informantane si arbeidstid. Dette for å gjere deltaking i studien minst mogleg belastande for informantane, og for å sikre deltaking i studien. Det vart under intervjua nytta ein digital lydopptakar. Intervjua hadde varigheit ca 1 time.

## **ANALYSE**

I analysen er det innsamla datamaterialet blitt bearbeida og tolka gjennom ei hermeneutisk tilnærming (22). I analysen vart datamaterialet ordrett transkribert, og vidare identifisering av meiningsseinheiter er kondensert så tett som mogleg opp til informantane sine egne utsegn. Innhaldsanalysen av det ferdig transkriberte materialet er gjennomført med inspirasjon av Malterud (22). Analysen er gjennomført i ein prosess som består av fire ulike trinn. Det første trinnet var å skape eit heilskapsinntrykk ved å lese gjennom alle intervju og vurdere moglege tema. Det neste trinnet var å finne fram til dei meiningsberande einingane, og gå frå tema til kode. Det tredje trinnet var å ta kunnskapen frå førre steg og abstrahere dette gjennom å identifisere og kode dei meiningsberande einingane inn i grupper og subgrupper. Det siste trinnet var å sette saman alle bitane igjen, og samanfatte det som vart funnet og legge eit grunnlag for nye beskrivingar og omgrep som kan delast med andre.

## **ETISKE FORHALD**

Før gjennomføring av intervju vart det søkt om godkjenning for prosjektet hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og prosjektet var godkjent i juni 2014. Det vart i forkant sendt ut eit informasjonsskriv med beskriving av studien, førespurnad om deltaking og samtykkeerklæring til alle informantane. Informasjonsskrivet inneheldt informasjon om at informantane hadde rett til å trekke si deltaking i studien på kva som helst tidspunkt utan å måtte gje opp ei årsak. Det vart innhenta skriftleg informert samtykke frå alle deltakarane. Det er under heile prosessen tilstreba å ivareta anonymiteten til informantane. Ei etisk vurdering er at forfattar sjølv er sjukepleiar og forskar på sjukepleiarar, innanfor eige fagfelt. Det framstår likevel som om dette ikkje har vært noko problem eller lagt nokon dempar på informantane sine uttalelsar. Gjennom heile prosessen har forfattar vært klar på å klargjere sin eigen forforståelse for området som er forska på, og har forsøkt å halde eit kritisk perspektiv. Dette for å unngå å påverke informantane (23).

## **RESULTAT**

### **Kunnskapsutfordringar ved utskrivning av pasient**

Informantane vart bedt om å beskrive kva som er det sjukepleiefaglege arbeidet når ein pasient skal utskrivast frå sengeposten. Når ein pasient skal utskrivast frå sengeposten er det

fleire ulike rutinar som skal følgjast. Ein pasient er vurdert som klar for utskrivning til kommunehelsetenesta når han eller ho er ferdig behandla medisinsk. Dette inneber at den problemstillinga som pasienten vart innlagt for er ferdig utreda og aktuell behandling sett i gang eller avslutta, og det vert sett på som hensiktsmessig at pasienten vert flytta ut i kommunehelsetenesta. Samtlege av informantane opplyser at det ikkje er sjølv sagt eller alltid like lett å vite kva som er dei sjukepleiefaglege utfordringane som pasienten har når han eller ho er klar til å utskrivast frå sengeposten. Dette krev at sjukepleiaren har ein brei kunnskap om sitt fagfelt for å kunne kartlegge dette på kort tid. Ein av informantane gav uttrykk for dette: ”Ofte er det slik at når ein kjem på jobb så får du plutselig eit rom der ein pasient skal utskrivast den dagen og det er mykje som ikkje er klarlagt. Når eg spør korleis funksjonsnivået til pasienten er, eller korleis han klarer seg sjølv i det daglege med stell og mat så er svara eg får veldig vage og uklare. Då vert det mykje eg må finne ut på kort tid når eg ikkje kjenner pasienten. Korleis skal eg då klare å formidle god informasjon om pasienten ut til kommunen?”

### **Utfordringar ved samarbeid/samhandling med andre yrkesgrupper**

Når det kom til utskrivning av pasientar var det fleire yrkesgrupper som var involvert i prosessen. Informantane vart bedt om å beskrive kva ulike yrkesgrupper som dei samarbeida med når ein pasient skal utskrivast frå sengeposten. Informantane opplyste at det var samarbeid eller samhandling med legar, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom og andre sjukepleiarar. Samarbeidet med andre yrkesgrupper varierte ut i frå kva pleiebehov pasienten hadde eller kor kompleks situasjonen var. Ut i frå behovet hos pasienten varierte det kva yrkesprofesjonar som dei samhandlar med. Samhandlinga med dei andre yrkesgruppene er av samtlege informantar beskrive som til tider anstrenga. Ein av informantane beskriv det slik: ”Det er nærmast som om dei andre som er involvert i dette er litt i vegen for den jobben som eg skal gjere. Eg kan no ikkje passe på at dei gjer sin jobb. Sanninga er vel at vi ikkje har noko særleg til samarbeid i det heile, vi er liksom på kvar sin kant på huset og veit eigentleg ikkje kva den andre driver med. Eg trur vi er litt irriterte på kvarandre.” Det var ikkje alltid at sjukepleiarane snakka direkte med andre yrkesgrupper enn dei legane som var ansvarleg for pasienten, og dei gav ein beskriving av det som dei opplevde som eit hierarki – der nokre yrkesgrupper er meir verdsett enn andre. Notat frå fysioterapeut, logoped, sosionom eller ergoterapeut er mogleg å lese i det elektroniske journalsystemet DIPS, men det er ikkje alltid at det er ferdig eller klart når pasienten skal utskrivast.

### **Den delte kunnskapen i ein travel kvardag**

Her vart informantane bedt om å beskrive korleis dei fekk teke i bruk sin kunnskap nok til å bli fagleg kompetent i den jobben som dei utfører. Informantane beskriv ein travel kvardag der tida ikkje strekk til når det kjem til å oppdatere kunnskapen sin på ulike områder, dette gjer til at det kjennes som ei utfordring å skulle bli fagleg kompetent i jobben sin. ”Mykje av det som eg kan har eg lært av andre sjukepleiarar som eg jobbar med, det er ikkje tid til at eg kan sette meg ned og lese faglitteratur på jobb. Tida strekk ikkje til her heller, pasientane sine behov må komme først. Vi lærer mykje frå kvarandre, men eg skulle jo sjølv sagt hatt meir tid til å lese slik at eg blir tryggare.” Fleire av informantane gjev uttrykk for at dei føler at dei manglar kunnskap på fleire sentrale områder innanfor pleia og at dette fører til at dei sjølv føler at dei ikkje gjer ein fagleg kompetent jobb. Dei gjev og ein beskriving av at mykje av kunnskapen som dei har deler dei med andre, eller får av andre sjukepleiarar. Denne delte kunnskapen er noko som dei meiner ein ikkje kan lese seg til i litteraturen, men er basert på erfaringar gjennom jobben.

### **Nye arbeidsoppgåver treng ny kunnskap**

Her vart informantane spurt om dei kunne beskrive kva det er som dei synest gjev mest utfordringar rundt det å skrive ut ein pasient frå sengeposten. Dei vart og spurt om innføringa av samhandlingsreforma (1) har endra rutine rundt utskriving av pasientar. Samtlege informantar synest at innføringa av samhandlingsreforma har endra rutine i høve utskriving av pasientar til det betre. Dei synest at samhandlinga med dei ulike kommunane er blitt betre, men at dette forutset at alle som er involvert kjenner til det elektroniske systemet for meldingsutveksling (PLO). Ein av informantane gav denne beskrivinga: ”Totalt sett er vel dette med utskriving av pasientar blitt mykje betre og tryggare, så no er det vel det at vi ikkje samhandlar så godt med alle partar som hindrar det i å bli perfekt. Det er jo stadig nye rutinar som vi skal lære oss. Det var det her med å ha nok tid og kunnskap då.....” Dette stemmer godt overens med det ein annan informant opplevde: ”Personleg meiner eg at det har blitt betre etter at samhandlingsreforma kom, men samtidig har vi fleire arbeidsoppgåver og dette skapar meir stress. Noko vert betre, men med nye arbeidsoppgåver treng vi og ny kunnskap, men vi får ikkje tid til å skaffe oss denne kunnskapen. Det er så mykje vi skal klare på kort tid, og då har vi liksom ikkje tid til å finne ut kva dei andre yrkesgruppene driv med”.

## **DRØFTING**

### **Metodekritikk**

I denne studien var utvalet forholdsvis lite, og eg har kun intervjuet sjukepleiarar på eit sjukehus. Det som har kommet fram i studien kan derfor vere eit resultat av lokale- eller organisatoriske forhold. Alle informantane mine jobba på same stad og det er derfor ein fare for at dei hadde snakka saman og kunne ha påverka kvarandre i forkant. Intervjua hadde varigheit ca 1 time, noko som gav avgrensingar i høve nyansert informasjon. Eg syntest likevel at eg som forskar fekk dekkja dei ulike tema i oppgåva.

### **Utskriving**

Sjukepleiarane ser på det som ei sjølvfølge at dei har mykje kunnskap om kva pasienten har gjort i løpet av opphaldet på sjukehuset. Dei finn det utfordrande at dei til tider skal skaffe relevant informasjon om ein pasient på kort tid. Sjukepleiarane omtalar sin kvardag som travel og krevjande i høve dei ulike problemstillingane til pasientane, som ikkje alltid er klargjort når pasienten skal utskrivast. Dei beskriv at det kan vere vanskeleg å vite kva fokus kommunehelsetenesta vektlegg i si behandling av ein pasient. Dette er i samsvar med tidlegare forskning (3) og viser at god samhandling mellom ulike ledd i helsetenesta er viktig for å styrke overgangane (4). Det kan sjå ut for at ein av utfordringane til sjukepleiarane er at det kan vere vanskeleg å sette klare grenser for kva informasjon som er deira oppgåve å vidareformidle, og kva informasjon som er andre yrkesprofesjonar sin jobb å vidareformidle ved utskriving av pasient.

### **Samhandling**

Sjukepleiarane beskriv eit tidvis problemfylt samarbeid med andre yrkesprofesjonar i høve utskriving av pasientar. Til tross for at alle jobbar mot same mål, har dei ulike profesjonsutøvarane ulike måtar å tilnærme seg pasienten på (14). Når sjukepleiarane beskriv at dei manglar kunnskap om korleis dei ulike yrkesprofesjonane jobbar, beskriv dei og at dette fremjar ei kjensle av usikkerheit som igjen vert til irritasjon. Dette stemmer overens med det som Halling og Danielson (5) beskriv i si forskning. Det kjem tydeleg fram at sjukepleiarane manglar tverrprofesjonell kunnskap som dei treng for å samhandle med andre yrkesprofesjonar. Dette fører til at samhandlinga i kvardagen vert opplevd som utfordrande. Samhandling mot eit felles mål krev at alle som er involvert er kjent med det som er ynskt utfall. Den beskrivinga som sjukepleiarane gjev av samhandlinga med andre yrkesprofesjonar

kan tyde på at det ikkje er blitt satt av nok og hensiktsmessig tid til å planlegge eit heilskapleg forløp for kvar enkelt pasient. Dette til tross for at det kjem fram i studien at sengeposten har pasientar som har eit stort og komplekst pleiebehov ved utskriving. Den manglande eller dårlege tverrprofesjonelle samhandlinga kan føre til ei dårlegare beskriving av pasienten sitt behov ved utskriving til kommunehelsetenesta.

### **Kunnskap og kompetanse**

Sjukepleiarane beskriv at det i ein travel kvardag vert lite tid til å oppdatere seg på fagkunnskap. Dei beskriv vidare at mykje av kunnskapen som dei har er direkte lært frå andre sjukepleiarar. Gjennom dei ulike arbeidsoppgåvene beskriv informantane at dei har eit breitt behov for ulike typar kunnskap – både påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap (14). Dette for å kunne handtere og beskrive pasientane sine problemstillingar på ein god måte. Sjukepleiarane har eit ynskje om å være fagleg kompetente i jobben sin. Når det ikkje vert tid til å oppdatere seg fagleg og utvikle kompetansen sin, er sjukepleiarane redd for at dei ikkje klarar å utføre ein fagleg kompetent jobb. Dette er i samsvar med det som Paulsen et. al. (6) finn i si forskning, og understrekar at det er eit reelt behov for å få nok tid i kvardagen til å oppdatere seg fagleg. Når sjukepleiarane ikkje får tilstrekkeleg med tid til å oppdatere kunnskapane sine, vil dette då kunne gå ut over pasienttryggleiken? Manglande kunnskap skaper utryggleik blant sjukepleiarane og ein kan få eit helsevesen som ikkje klarer å levere fagleg forsvarlege og kompetente tenester.

### **Utfordringar**

Etter innføring av samhandlingsreforma beskriv informantane at rutinane i høve utskriving av pasientar har endra seg til det betre. Samtidig beskriv dei at pasientane som vert utskrivne er dårlegare og ofte har eit større pleiebehov enn tidlegare, noko som stiller krav til at informasjonen som vert utveksla er relevant og god. Dette stiller igjen krav til at sjukepleiaren har nok fagleg kunnskap om pasienten sine behov. Dersom sjukepleiaren manglar kunnskap om pasienten sine behov ved utskriving kan informasjonen verte mangelfull. Dette samsvarar med det som Garåsen (7) finn i høve manglar i beskriving av pasienten sine behov. Ein kan då spørje om dette er til det beste for pasienten? Manglande tid til å sette seg inn i naudsynt informasjon om pasienten kan føre til at ein fokuserar for lite på kva behov pasienten har etter utskriving, og informasjonen som vert utveksla vert for dårleg. Dette kan føre til ein auka risiko for reinlegging av pasienten etter kort tid.

## KONKLUSJON

Studien viser at mykje av den kunnskapen som sjukepleiarane treng i høve utskriving at pasientar får dei frå andre sjukepleiarar som dei jobbar saman med. I studien kjem det fram at sjukepleiarane får ei kjensle av å være utrygge i jobben sin når dei erfarar at dei ikkje har nok kunnskap på aktuelle områder. Sjukepleiarane treng det fundament med grunnleggande kunnskap som dei får med seg frå utdanning, men dei treng og påstandskunnskap, ferdigheitskunnskap og fortrulegheitskunnskap for å kunne imøtekomme ulike arbeidsoppgåver. Dagens sjukepleieutdanning bør sjå på korleis den nyutdanna sjukepleiaren best mogleg kan møte dei utfordringane som er i høve kunnskap og utskriving av pasientar. Denne studien viser at det i dagens sjukepleiepraksis framleis er uløyste oppgåver i høve arbeidet med å auke kunnskap og kompetanse fagleg og tverrfagleg av sjukepleiarar og helsepersonell. Eit forslag til vidare studie framover kan være å sjå på korleis den nyutdanna sjukepleiaren beskriv sine kunnskapsmessige utfordringar når dei kjem ut i arbeidslivet.



## **REFERANSAR**

**1. St.meld. Nr 47.** Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted, til rett tid. 2008-2009. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

**2. Hofstad, G.E. & Norvoll, R.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. 2003.STF78A033501: SINTEF Helse.

**3. Tingvoll, W-A., Sæterstrad, T. & Fredriksen, S-T.D.** Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskriving av eldre pasienter frå sykehus. 2010. Vård i Norden, 30, 29-33.

**4. Danielsen, B.V. & Fjær, S.** Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. 2010. Sykepleien forskning, 5, 28-34.

**5.Halling, K. & Danielson, E.** Registered nurses' experiences of dauly work, a balance between strain and stimulation: A qualitative stidy. 2007. International Journal of Nursiing Studies, 44, 1221-1230.

**6. Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. & Nygård, L.** Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. 2004. SINTEF helse.

**7. Garåsen, H.** The Trondheim modell: Improving the professional communication between the vaious levels of health care services and impementation of the intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. 2008.Trondheim: Norewegian University of science and Technology.

**8. Hellesø, R., Sorensen, L. & Lorensen, M.** Nurses information management at patients discharge from hospital to home care. 2005. International Journal of Integrated Care – Vol. 5, 8 July 2005-ISSN 1568-4156.

**9. Lingard, L., Espin S., Evans C. & Hawryluck L.** The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit. 2004. I: Critical care. 8/6/2004. “403-408”.

- 10. Østerlund, C.** The Materiality of Communicative Practices. 2008. I: Scandinavian Journal of Informantion Systems. 20/2008. “7-40”.
- 11. Lewin & Reeves.** Enacting team and teamwork: Using Goffman’s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. 2011. I: Social science and Medicine. 72/2011. “1595-1602.
- 12. Collin K.M., Valleala U.M., Herranen S. & Paloniemi S.** Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. 2011. I: Studies in Continuing Education. 2011. “1-20.”
- 13. Adler, P. S., Kwon S.K., & Heckscher C.** Proffesional Work: The emergence of collaborative community. 2007. I: Orginazation science. 19/2. “359”.
- 14. Grimen, H.** Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L.I. Terum (red). Profesjonsstuder (s 71-86). 2008. Oslo: Universitetsforlaget.
- 15. Johannessen, K. S.** Praxis och tyst kunnande. 1999. Stockholm: Dialoger.
- 16. Lai, L.** Strategisk kompetansestyring (2 utg.). 2004. Bergen: Fagbokforlaget.
- 17. Nordhaug, Odd.** Strategisk kompetanseledelse. Teori og praksis. 2004. Oslo: Universitetsforlaget.
- 18. St. meld. Nr 10, 2012-2013.** God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten. 2012-2013. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- 19. Bennich, M.** Kompetens och kompetensutveckling i orsorgarbete. Synenen på kompetens och lärande – i spenningsfaltet mellan samhalleliga forutsattningar och organisatoriska vilkor. 2012. Linköpings Universitet, Institutionenen for beteendevetenskap och lärande.
- 20. Molander, B.** Kunnskap i handling (2 utg.). 1996. Gøteborg: Daidalos.

**21. St. meld. Nr 13, 2011-2012.** Utdanning for veldferd. 2011-2012. Oslo:  
Kunnskapsdepartementet.

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

**23. Kvale, S.** Det kvalitative forskningsintervju. 1997. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

**Informasjon om tidsskrift:**

Sykepleien vert utgjeve av Norsk Sykepleieforbund og er eit redaksjonelt uavhengig tidsskrift. Sykepleien utøver sakleg, uavhengig journalistikk og har sjukepleiarane sin interesse på sin dagsorden. Antall lesara er 266 000 stk. Sykepleien forskning representerar vitenskapelege, referee-bedømte artiklar og nyhets og nyttestoff i inn og utaland.

**Forfatarrettleiing:**

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

## Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høifagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 985 321 884

Maj-Britt Råholm  
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 17.06.2014

Vår ref: 38892 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.05.2014. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 30.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38892</i>	<i>Kunnskapsmessige utfordringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Maj-Britt Råholm</i>
<i>Student</i>	<i>Astri Johanne Hagenes</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 22.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Astri Johanne Hagenes [astrijh@stud.hisf.no](mailto:astrijh@stud.hisf.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11 [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)  
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07 [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ NSD: SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36 [nsdmaa@svu.ut.no](mailto:nsdmaa@svu.ut.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 38892

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men navn på veileder ved HiSF må tilføyes.

Vi minner om at av hensyn til sykepleieres taushetsplikt, kan det ikke fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 22.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

## Vedlegg 2

### Invitasjon om deltaking i intervju.

”Korleis erfarer sjukepleiaren dei kunnskapsmessige utfordringane knytte til samhandling ved utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta?”

Eg er masterstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, og er no i gang med å skrive ei masteroppgåve. Temaet for oppgåva er sjukepleiaren i spesialisthelsetenesta si erfaring av utfordringar knytt opp til utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Oppgåva er berekna å være ferdig til levering våren 2015. Eg er interessert i å snakke med sjukepleiarar som dagleg jobbar med samhandling knytt til utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta.

Du er ein av dei som vert spurt om du ynskjer å delta i studien min. Dersom du stiller deg positiv og samtykker til å delta på intervju, vil dette foregå mellom deg og meg. Eg vil leie intervjuet som består av nokre forskingsspørsmål knytt opp til det aktuelle temaet. Intervjuet vil bli teke opp på lydband. Aktuell stad og tidspunkt for dette vil bli avtalt på eit seinare tidspunkt. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg frå prosjektet utan å måtte grunngje dette noko nærmare. Opplysningar som kjem fram under intervjuet vil verte behandla konfidensielt. Alt som kjem fram vil bli anonymisert og lydopptaka vil verte sletta når oppgåva er ferdig våren 2015. Dersom du ynskjer å delta på intervju, kan du skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringa og returnere den til meg i vedlagt svarkonvolutt innan ei veke.

Ved eventuelle spørsmål om min studie eller andre forhold som vedrøre studien, venligst ta kontakt direkte med meg (Astri Hagenes, tlf 48112171), eller ein av min rettleiara; Astrid Klopstad Wahl (Universitetet i Oslo) tlf 48204150, Maj Britt Råholm (Høgskulen i Sogn og Fjordane) tlf 57722549.

Mvh

Astri J. Hagenes (tlf 48112171)



### Vedlegg 3

#### Samtykke til deltaking i forskingsprosjekt.

”Korleis erfarer sjukepleiaren dei kunnskapsmessige utfordringane knytte til samhandling ved utskriving av ein pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta?”

Eg har motteke informasjon om prosjektet og ønskjer å delta på intervju. Eg har blitt informert om at eg når som helst etter eige ønske kan trekke meg utan å måtte grunngje kvifor. Eg har blitt informert om at intervjuet vert teke opp på lydband.

.....

Dato/stad.

.....

Namn

.....

Telefonnummer





## Vedlegg 4

### Intervjuguide

#### **Hovudspørsmål 1 – Utskriving av pasient frå sengeposten.**

Kan du fortelje om korleis rutineane er når ein pasient vert utskriven frå sengeposten?

- Hjelpespørsmål:
- Når er ein pasient klar for utskriving?
- Er det kjent/klargjort kva som er dei sjukepleiefaglege utfordringane som pasienten har når han/ho skal utskrivas?
- Er det ved utskriving klart definert kva type oppfølging/behandling som pasienten skal ha vidare etter utskriving?
- Kan du gje eksempel på kva du synest fungerer bra ved rutineane ved utskriving av ein pasient, og kva som du synest ikkje fungerer?

#### **Hovudspørsmål 2 – Samarbeid/samhandling med andre yrkesgrupper.**

Kva ulike yrkesgrupper er det som du samarbeider med når ein pasient skal utskrivas frå sengeposten?

- Hjelpespørsmål:
- Korleis synest du at samarbeidet med dei ulike yrkesgruppene fungerer når det kjem til utskriving av pasientar?
- Kva type dokumentasjon mottok du frå andre yrkesgrupper?
- Kven har hovudansvaret for at all informasjon frå dei ulike yrkesgruppene vert samla før utskriving av pasienten?

#### **Hovudspørsmål 3 – Fagleg forsvarleg jobb – kunnskap.**

Kva kunnskap synest du det er viktig/nødvendig å ha rundt utskrivingsprosessen av ein pasient for å kunne gjere ein god og fagleg forsvarleg jobb?

- Hjelpespørsmål:
- Korleis har du fått den kunnskapen som du treng?
- Kva type verktøy/dataprogram vert nytta ved utskriving av pasientar?
- Kva opplæring har du fått?
- Kjenner du deg trygg på at du gjer ein fagleg forsvarleg jobb ved utskriving av ein pasient?
- Kan du nemne eksempel eller ein situasjon der kunnskapane dine har hatt noko å sei for utskrivinga av ein pasient?

#### **Hovudspørsmål 4 – Kompetanse.**

Korleis får du utvikla/praktisert din kunnskap nok å bli fagleg kompetent i den jobben du utfører?

- Hjelpespørsmål:
- Korleis får du praktisert den kunnskapen som du har?
- Har avdelinga di nokon du kan spør om hjelp dersom du sjølv er usikker rundt utskriving av pasientar?
- Har god kompetanse noko å sei for korleis jobben din vert utført?

#### **Hovudspørsmål 5 – utfordringar.**

Kva er det du synest gjev mest utfordringar rundt det å skrive ut ein pasient?

- Hjelpespørsmål:
- Har innføringa av samhandlingsreforma endra rutine rundt utskriving av pasientar frå sengeposten?
- Er rutine rundt utskriving blitt betre/enklare? Kan du gje eksempel?
- Synest du at samhandlinga med kommunane blitt betre?
- Kva erfaringar har du gjort i forhold til utskriving av pasientar etter at samhandlingsreforma vart sett i verk?

#### **Avslutning:**

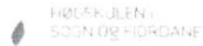
- Er det noko meir du ønskjer å tilføye?
- Korleis har du opplevd det å være med på eit slikt intervju?

## Vedlegg 5

### Eksempel på systematisk tekstkondensering.

Meiningsberande eining	Kondensert	Subtema	Tema
"Som regel unngår vi kvarandre, det er vel ikkje noko samarbeid mellom oss. Det fungerer dårleg"	Ikkje fornøgd med samhandlinga med andre yrkesgrupper	Mangel på samhandling	Samhandling med andre yrkesgrupper

## Vedlegg 6



### Vedlegg 6

#### **Forfattareklæring vitenskapeleg artikkel**

Astri J. Hagenes, Maj-Britt Råholm. *Kompetanse og tverrfagleg kunnskap er sentrale ved utskriving av pasient frå spesialisthelsetenesta.*

Artikkelen følgjer retningslinjene til tidsskriftet Sykepleien Forskning:  
<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>.

Astri J. Hagenes og prof Maj-Britt Råholm var ansvarlig for studiens planlegging og design. Astri J. Hagenes har gjennomført datainnsamling, analyse av data og har hatt jevnlig diskusjonar og refleksjonar med veileder prof Maj-Britt Råholm.

Astri J. Hagenes har laga artikkelutkast som medforfattar har lest gjennom og komt med innspel. Alle forfattarane har lest gjennom og godkjent artikkelen før innsending til tidsskrift.

Førde den 2. mai 2015,

*Astri J. Hagenes*

Astri J. Hagenes

*Maj-Britt Råholm*

Maj-Britt Råholm