



# Høgskulen på Vestlandet

## Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	04-06-2024 09:00 CEST
<b>Sluttdato:</b>	06-06-2024 14:00 CEST
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave
<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2024 VÅR
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	133
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7494
----------------------	------

#### Egenerklæring \*:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	31
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# Bacheloroppgave

Sykepleieres samhandling i overgangen mellom  
spesialist- og kommunehelsetjenesten

Nurses' collaboration in the transition between  
specialist and municipal health services

**Kandidatnummer: 133**

Bachelorprogram i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 05.06.2024

Antall ord: 7494

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Innhold

Oversikt over tabeller .....	3
Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
1.0 Introduksjon .....	3
1.1 Problemstilling .....	4
1.1.1 Avgrensing .....	4
2.0 Teoretisk bakgrunn.....	4
2.1 Samhandling og samarbeid.....	4
2.1.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal Helse og Samhandlingsplan .....	6
3.0 Metode .....	8
3.1 Litteraturstudie som metode.....	8
3.2 Søkeprosessen .....	8
3.2.1 PICO-skjema (tabell 1).....	9
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2) .....	9
3.2.3 Valg av artikler .....	10
3.3 Kildekritikk.....	10
3.4 Metodekritikk.....	11
3.5 Etske vurderinger .....	11
4.0 Resultater og tematisk analyse .....	13

4.1 Digital kommunikasjon .....	13
4.2 Direkte kontakt og telefonsamtaler .....	14
4.3 Kulturforskjeller og fordommer .....	15
5.0 Diskusjon .....	17
5.1 Hvordan sikre samhandling gjennom digital kommunikasjon.....	17
5.2 Kultur og målforståelse .....	21
5.3 Fordommer .....	24
5.4 Kommunikasjon og kunnskap .....	26
6.0 Avslutning .....	28
Referanseliste .....	29
Vedlegg .....	31

## Oversikt over tabeller

PICo-skjema (Tabell 1), s. 9.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2), s. 9.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Kontakten mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene vil øke i tiden framover, som et resultat av flere pasientoverganger. Overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et sårbart ledd i pasientforløpet. Gode pasientforløp er avhengige av at samhandlingen mellom tjenestene sikres.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan sykepleiere bør samhandle på tvers av ulike nivåer i helsetjenesten, for å unngå misforståelser og sikre kontinuitet i tjenesten.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren sikre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?

**Metode:** Litteraturstudie. Forskning er funnet gjennom søk i databasene Academic search engine, ERIC, Medline, CINAHL, og gjennom søkemotoren Google Scholar og i tidsskriftet Sykepleien.

**Resultat/funn:** Fordommer og ulike kulturer i spesialist- og kommunehelsetjenestene kan være til hinder for samhandling. Den digitale kommunikasjonen mellom tjenestene er ikke tilstrekkelig for å sikre samhandling. Det er få muligheter for direkte møter mellom tjenestene.

**Konklusjon:** Elektroniske meldinger må inneholde informasjon som gir et helhetlig bilde av pasientens hjelpebehov, og de må komme tidsnok. Det er behov for mer direkte kontakt mellom tjenestene for å sikre samhandlingen. Samhandling krever også kunnskap om kommunikasjon, roller og kultur.

## Abstract

**Background:** The level of contact between specialist- and municipal healthcare services is increasing as a result of increased patient transitions. Transitions between specialist- and municipal healthcare services is a vulnerable part of the patient care pathway. Good patient care pathways are contingent on collaboration between services.

**Objective:** To determine how nurses should collaborate across different levels of healthcare in order to avoid misunderstandings and promote continuity of care.

**Research question:** How can nurses ensure collaboration between specialist healthcare services and municipal healthcare services?

**Metode:** Litterature review. Databases used are Academic search engine, ERIC, Medline, CINAHL. Additionally, the search engine Google Scholar and the journal Sykepleien were used.

**Findings:** Prejudices and different cultures in the municipal healthcare services and the specialist healthcare services can hinder collaboration. Digital communication between the services is inadequate to ensure collaboration. There are few opportunities for direct meetings between the services.

**Conclusion:** Electronic messages must provide an adequate picture of the patients needs, and they need to be timely. There is a need for more direct contact between services to ensure collaboration. Collaboration requires knowledge about communication, roles and culture.



## 1.0 Introduksjon

I 2023 var det rundt 270 000 personer på landsbasis som mottok helsetjenester i hjemmet (SSB, 2024). De fleste av disse personene var i aldersgruppen 80–89 år, en gruppe som de siste 10 årene har hatt en 50% økning i antall innleggelser på sykehus (Orvik, 2022, s. 104). Pasientene skrives raskere ut fra sykehusene og med mer komplekse behov enn tidligere, og det finnes eksempler på at sykehuset skaper forventninger hos pasienten om oppfølgingstilbud i kommunen som er vanskelige å innfri (Meld st. 9 (2023-2024, s.54)). Videre pågår det en gradvis forskyving av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, noe som øker behovet for tiltak som bidrar til trygge overganger (Orvik, 2022, s. 99). For å oppnå trygge overganger vil samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten være nødvendig. Samhandling mellom helsepersonell er en forutsetning for kvalitet og pasientsikkerhet, og at brukere skal oppleve kontinuitet og forutsigbarhet i helsetjenestene de mottar (Stubberud, 2018, s. 22). Samhandling er også en del av læringsutbyttet på helse- og sosialfagutdanninger. Etter en fullført helse- og sosialfagutdanning skal sykepleieren kunne samhandle tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2019, § 2-4).

Svært mange av de 270 000 personene som mottar helsetjenester i hjemmet vil oppleve en overgang mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hver av disse pasientene representerer en mulighet for effektiv samhandling. Samtidig kan overganger mellom tjenestene føre til oppstykkede pasientforløp som medfører en belastning for pasienter og pårørende, og merarbeid for sykepleieren dersom samhandlingen er dårlig. En undersøkelse om pasienterfaring fra 2015 viser at manglende samhandling er noe pasientene legger merke til (Holmboe & Bjertnæs, s. 5, 2016). Utskrivingsprosessen fra sykehus og samarbeid mellom sykehus og kommunale tjenester er noen av områdene som skåret dårligst (Holmboe & Bjertnæs, s. 5, 2016). Med denne bakgrunnen ser vi at kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil øke i tiden framover, og at gode pasientforløp er avhengige av at samhandlingen mellom tjenester sikres.

## 1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren sikre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?

### 1.1.1 Avgrensing

Oppgaven avgrenses til å gjelde samhandling mellom sykepleiere på sykehus og i hjemmetjenesten, i sammenheng med pasientoverganger mellom de to nivåene.

## 2.0 Teoretisk bakgrunn

I denne delen av oppgaven forklares først sentrale begreper og elementer ved samhandling. Videre beskrives rammene som samhandlingen foregår innenfor, gjennom lovverk, stortingsmeldinger og pensum.

### 2.1 Samhandling og samarbeid

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009, s. 13)) beskrives samhandling som et «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.». Videre er samhandling, samarbeid og samordning ord som ofte brukes om hverandre, og de tre begrepene overlapper delvis. Det er hensiktsmessig å forenkle ved å gjøre samhandling til et samlebegrep (Orvik, 2022, s. 152). I denne oppgaven brukes samhandling som et samlebegrep for de tre begrepene samhandling, samarbeid og samordning.

Innsikt i hvilken kompetanse som er nødvendig for tverrprofesjonell samhandling kommer fra Rogers et al. (2017). De identifiserer seks områder som er viktige for tverrprofesjonell samhandling. For det første krever samhandling kunnskap om egen rolle og eget ansvar i

tillegg til kunnskap om samarbeidspartneren sin rolle. Videre kreves kunnskap om kommunikasjon, som blant annet innebærer å være interessert i de andres verdier og synspunkter, samt å lytte og løse konflikter (Rogers et al., 2017). Sykepleieren trenger også kunnskap om profesjonelle verdier. Disse inkluderer blant annet respekt for personer, kritisk syn på hierarki, å sette pris på mangfold, ærlighet og integritet (Rogers et al., 2017). Koordinering og felles beslutninger er et annet emne som må læres. Det er nødvendig å koordinere sammen med kollegaer, pasienter og pårørende. Dette for å sette sammen varierte meninger og optimere tjenestene. Til slutt er det behov for å kunne reflektere over hvor effektiv samhandlingen som inkluderer deg selv og andre er, med tanke på kontinuerlig forbedring. Dermed er det også viktig å besitte kunnskap om refleksivitet (Rogers et al., 2017). Disse seks elementene utgjør en internasjonal konsensus om hva som er sentrale elementer i tverrprofesjonell samhandlingskompetanse (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 13).

Forskjellige kulturer i kommune- og spesialisthelsetjenestene påvirker samhandlingen. Mange kommuner rapporterer om manglende likeverdighet i samhandlingen med helseforetakene, både pga. størrelse, faglig robusthet og ulike faglige og organisatoriske kulturer (St.meld nr. 47 (2008-2009, s. 77)). Organisasjonskultur kan defineres som «De sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben» (Orvik, 2022, s. 105). Gjennom sosialiseringprosessen blir man preget av kultur og holdninger, og det utvikles en form for gruppementalitet som gir grobunn for fordommer om ulike grupper (Iversen & Hauksdottir 2020, s. 54). Disse fordommene er ofte ubevisste, og dermed vanskelig å håndtere, og kan ligge som et skjult hinder for åpenhet og samhandling (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 54). Kulturen gjør også at vi utvikler oppfatninger som gir rammer for tolkning av det vi ser og opplever (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 76). Kulturelle forskjeller mellom nivåene gir egne utfordringer og nær dialog er nødvendig for å bidra til gjensidig forståelse (St.meld nr. 47, (2008-2009, s. 99)).

### *2.1.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal Helse og Samhandlingsplan*

Samhandlingen er et tema som er viet mye fokus i stortingsmeldinger. Jeg nevner her hvordan den er beskrevet i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), og Nasjonal Helse og Samhandlingsplan (Meld st. 9 (2023-2024)).

En av årsakene til innføringen av samhandlingsreformen var at tjenestene ble oppfattet som fragmenterte og uoversiktlige (St.meld. nr. 47 (2008-2009, s. 22)). Ofte måtte pårørende selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom tjenester. Pasienter ble påført unødige belastninger, forsinkelser i form av økte ventetider og unødige komplikasjoner (St.meld. nr. 47 (2008-2009, s. 22)). Det ble også observert at store deler av spesialisthelsetjenesten både i sin organisering og sin funksjon, var preget av at målet var medisinsk helbredelse.

Kommunehelsetjenesten hadde derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Forskjellen i målforståelse bidro til samhandlingsproblemer, fordi det påvirket kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som ble vektlagt (St.meld. nr. 47 (2008-2009, s. 13)).

Dagens rammeverk rundt utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten bygger i stor grad på «kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter», som ble innført sammen med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Når en pasient er ferdigvurdert i spesialisthelsetjenesten, men har behov for et tilbud i kommunen etter utskrivning, betegnes denne pasienten som utskrivningsklar pasient (Meld st. 9 (2023-2024), s. 54)). Kommunen skal varsles om utskrivninger i god tid på forhånd, dersom utskrivningen bør medføre tiltak fra kommunehelsetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m, § 3-15). Dersom kommunen ikke er i stand til å ta imot pasienten etter at den er meldt utskrivningsklar, inntreffer en betalingsplikt for hvert døgn pasienten blir værende i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 11-4). I Nasjonal Helse og Samhandlingsplan (Meld st. 9 (2023-2024)) kommer det frem at kommuner opplever at sykehusets definisjonsmakt skaper ubalanse i samarbeidsrelasjonen, at pasientene skrives ut raskere og med mer komplekse

behov enn tidligere, og at det finnes eksempler på at sykehuset skaper forventninger hos pasienten om oppfølgingstilbud i kommunen som er vanskelige å innfri (Meld st. 9 (2023-2024)). Derfor fremmer regjeringen i Nasjonal Helse og Samhandlingsplan flere tiltak som skal styrke samarbeidet. Det skal bli enklere for sykehus å samarbeide om gode, sammenhengende pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og vurderinger. Eksempel på tiltak, er styrket samarbeid gjennom helsefellesskap, tilrettelegging for bedre informasjonsutveksling gjennom digitale samhandlingsløsninger og å be helsedirektoratet om å utarbeide felles måte å beskrive og vurdere pasientens funksjonsnivå. Dagens modell for utskrivningsklare pasienter skal også evalueres, for å sikre effektiv ressursbruk (Meld. St. 9 (2023-2024, s. 41)).

Videre er samhandlingen regulert gjennom lovverk. Det nevnes her noen lover som har videre relevans for denne oppgaven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 3-4 beskriver kommunens plikt til samarbeid og samordning. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Spesialisthelsetjenesteloven beskriver også at helseinstitusjonene og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer (spesialisthelsetjenesteloven, § 3-2). Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 beskriver akkurat det samme, bare for kommunene.

## 3.0 Metode

Denne delen av oppgaven beskriver hvordan litteraturstudie benyttes for å besvare problemstillingen. Søkeprosessen, kritisk valg av kilder og etiske vurderinger forklares også.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en beskrivelse av kunnskap og en analyse av et utvalg av studier som finnes innenfor et bestemt fagområde og en problemstilling (Thidemann, 2023, s. 79).

### 3.2 Søkeprosessen

I følgende avsnitt beskrives søkeprosessen. Fremgangsmåten baserer seg i stor grad på det som beskrives av Thidemann (2023, s. 81-100). Søkehistorikk er vedlagt (Vedlegg 1).

Først gjennomføres et innledende litteratursøk ved hjelp av Google Scholar, Idunn og Helsebiblioteket. Målet med søket var å få en oversikt over omfanget av forskning på temaet. Gjennom å skimle et utvalg av artikler oppdages søkeord og annen informasjon som er til nytte i det videre systematiske søket. PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2021) benyttes som et rammeverk for å konkretisere informasjonsbehovet (Thidemann, 2023, s. 82). Søkeord er funnet ved hjelp av pensum, innledende litteratursøk og bruk av Svemed+ til å oversette begreper til engelsk. Deretter gjøres et litteratursøk i databasene Academic search engine, ERIC, Medline, CINAHL. Videre benyttes også søkemotoren Google scholar og tidsskriftet Sykepleien. Søkeord kombineres ved hjelp av «AND» og «OR». Ved å eksempelvis skrive «nurse OR nurses OR nursing», oppnås flere treff enn ved å bare bruke ett av begrepene. Gjennom bruk av «AND», kombineres dette eksempelvis med «transfer OR transition». Dette gir treff som inkluderer minst ett av «Nurse, nurses eller nursing» og minst ett av «transfer eller transition». Søkestrategien ble justert flere ganger gjennom denne prosessen, og søkehistorikken viser ikke tidligere søk som ble forkastet.

### 3.2.1 PICO-skjema (tabell 1)

PICO-skjemaet viser en oversikt over søkeord. Disse ble kombinert som vist i «søkehistorikk» (Vedlegg 1).

	Norsk	Engelsk
<b>P: population</b>	Sykepleier, sykepleiere, sykepleie	Nurse, nurses, nursing
<b>I: (Phenomenon of) Interest</b>	Samhandling	Cooperation, collaboration, teamwork
<b>Co: context</b>	overføringer, overgang, på tvers av sektorer, hjemmesykepleie, kommunehelsetjeneste, sykehus	Transfer, transition, cross-sectoral, primary health care, hospital

Tabell 1 (PICO-skjema)

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2)

Tabellen viser en oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitative studier	Studier som omhandler samhandling mellom ulike profesjoner.
Kvantitative studier	Studier som ikke er overførbare til norske forhold (individuell vurdering).
Nyere studier (etter 2019)	Studier som er utgitt på andre språk enn norsk eller engelsk.
Studier som omhandler samhandling mellom sykepleiere.	Studier uten tilstrekkelige etiske overveielser
Studier som omhandler overføringer mellom ulike omsorgsnivåer (spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste)	Studier som omtaler overføringer innenfor samme omsorgsnivå

Tabell 2 (Inklusjons- og eksklusjonskriterier)

### 3.2.3 Valg av artikler

Tidlig i prosessen er fokuset på overskrifter, deretter abstract og eventuelt konklusjon, for så å til slutt skimlese artiklene for å få en oversikt over innholdet. Før det endelige utvalget av artikler bestemmes benyttes sjekklister for å undersøke kvaliteten og bekrefte relevansen til denne oppgaven. De utvalgte artiklene føres opp i en litteraturmatrise (Vedlegg 2) for å få en bedre oversikt over artiklene side om side. Litteraturmatrisen er til hjelp ved tolkning, analyse og sammenfatting av resultater.

### 3.3 Kildekritikk

Alle de inkluderte artiklene er kvalitetsvurderte. I denne oppgaven benyttes CASP (Critical Appraisal Skills Programme) sin sjekkliste for kvalitative studier til å kvalitetsvurdere de inkluderte artiklene (CASP, 2018). For kvantitative artikler benyttet jeg Helsebiblioteket sine sjekklister (Helsebiblioteket, 2021).

Den kommende tematiske analysen viser at det er relativt få motstridende resultater i forskningen. Dette kan være et uttrykk for at de samme funnene er gjennomgående, men det kan også tyde på at jeg har funnet ensformig forskning på grunn av søkemetoden min. Videre er samhandling er en dynamisk prosess, og formen samhandlingen tar er dermed avhengig av hvilke rammer den foregår i. Noen land har svært annerledes rammeverk for samhandling enn Norge, og det er dermed usikkert om resultatene er overførbare. Jeg har valgt å inkludere studier fra Finland og Danmark, med bevissthet rundt forskjellene i helsevesenet til disse landene sammenlignet med Norge. Andre studier fra land som USA, har jeg valgt å ekskludere.

I denne oppgaven benyttes pensumboken «Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid», med bevissthet rundt at kunnskap om tverrprofesjonell samhandling ikke alltid er overførbart til samhandling mellom sykepleiere. Likeså benyttes konsensusen for tverrprofesjonell samhandling (Rogers et al., 2017) i mangel av et tilsvarende rammeverk for



intraprofesjonell samhandling. Jeg mener denne kunnskapen i stor grad er overførbart til samhandling mellom sykepleiere (intraprofesjonell samhandling).

### 3.4 Metodekritikk

Mengden forskning som kan inkluderes i denne oppgaven begrenses naturlig av oppgavens omfang. Oppgaven er ikke en systematisk oversikt over litteratur om temaet, men et lite utvalg. Valget om å avgrense oppgaven til overganger er gjort av interesse, men også for å begrense omfanget. Det kan ha gjort at jeg går glipp av viktig forskning som kan belyse samhandlingen med større faglig tyngde. Søket er også begrenset med hensyn til databaser som ble brukt. Når jeg hadde funnet det jeg oppfattet som et tilstrekkelig antall artikler som belyste problemstillingen min, avsluttet jeg søket. Det er sannsynlig at søk i andre databaser vil gi videre forskning som kan svare på problemstillingen min.

Samhandling er et vidt begrep som blant annet omfatter elementer av samordning og samarbeid, og søk etter forskning kompliseres av dette. Jeg tar også forbehold om at de engelske oversettelsene av begrepet kan være ufullstendige, og det på grunn av språkbarrieren kan være misforståelser jeg ikke er klar over.

### 3.5 Ethiske vurderinger

Søkehistorikken er inkludert som vedlegg, slik at søkene er etterprøvbare. Kildehenvisningen følger American Psychological Association (APA) sin stil for kildehenvisning (APA 7th.), i henhold til HVL sine retningslinjer.

Gjennom skriveprosessen har jeg forsøkt å være så objektiv som mulig. Bevisst og ubevisst har jeg allerede tanker om samhandling. Jeg har nylig hatt praksis på både sykehus, og i hjemmesykepleien, noe jeg tror er en fordel i å kunne se begge sider av saken. Det gjør også at jeg har en formening om hvordan samhandlingen bør foregå. Jeg ønsker å unngå at denne forhåndsforståelsen farger oppgaven for mye. Dalland (2022) beskriver også viktigheten av å

være bevisst på vår egen forhåndsforståelse, slik at det blir lettere å skille den fra ny forståelse av temaet (Dalland, 2022, s. 63). Oppgaven inkluderer noen personlige eksempler fra praksis. Disse er anonymiserte.

## 4.0 Resultater og tematisk analyse

Med bakgrunn i søkene i forrige kapittel og litteraturmatrisen, presenteres resultatene fra de fem inkluderte artiklene i form av en tematisk analyse. Analysen resulterte i temaene «digital kommunikasjon», «direkte kontakt og telefonsamtaler» og «kulturforskjeller og fordommer»

### 4.1 Digital kommunikasjon

Digital kommunikasjon er et gjennomgående tematisk element i forskningen (Brattheim et al., 2016; Gautun et al., 2020; Jungdal et al., 2024; Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020). Skriftlige avtaler og E-meldinger som verktøy til å formalisere samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleie er ikke tilstrekkelig for å sikre gode overganger for eldre pasienter (Gautun et al., 2020, s. 7). Tjøstolvsen & Bjørnstad (2020, s. 10) fant at meldingene fra sykehuset er til god hjelp for kommunene, men at innholdet kan bli bedre. Sykepleierne er imidlertid fornøyd med å kommunisere og utveksle informasjon elektronisk, og bruken av PLO-meldinger er godt innarbeidet i arbeidshverdagen (Brattheim et al., 2016, s. 29).

Ifølge Tjøstolvsen & Bjørnstad (2020, s. 6) er sykepleierne mer fornøyd med kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten i 2015 enn de var i 2012. I 2015 svarer like mange enig/uenig på spørsmålet om sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov i meldinger til kommunen (Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020, s. 6). For øvrig er meldingene stort sett i samsvar med det kommunen mener er pasientens funksjonsnivå, og de er til god hjelp for kommunen i utvikling av et riktig tilbud til pasienten (Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020, s. 6). Tolkningen av de elektroniske meldingene kan imidlertid være vanskelig (Jungdal et al., 2024, s. 4), og det er ikke alltid det riktige hjelpebehovet som meldes (Brattheim et al., 2016, s. 29). Sykepleierne på sykehuset savnet viktig informasjon i rapportene fra kommunen (Jungdal et al., 2024, s. 3). Sykehuset orienterer om innlagte pasienter tidlig nok ifølge 73,8 prosent av respondenter, som er en bedring fra før samhandlingsreformen (60 prosent) (Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020, s. 8). Lemetti et al.

(2021, s. 1159) finner på den andre siden at deling av informasjon i god tid var et område som scoret lavt. Jungdal et al. (2024, s. 4) fant at standardiserte IT-systemer hindrer den digitale kommunikasjonen.

#### 4.2 Direkte kontakt og telefonsamtaler

Flere av forfatterne finner at det er behov for direkte kontakt mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Brattheim et al., 2016; Gautun et al., 2020; Jungdal et al., 2024; Petersen et al., 2019; Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020)

Sykepleiere i studien til Jungdal et al. (2024, s. 5) opplevde at telefonsamtaler fremmet samhandling, men at de sjelden forekom fordi det var tidskrevende. De uttrykte at det ofte blir for digitalt og mangel på nærkontakt mellom sykepleiere. Videre konkluderer de med at personlig kommunikasjon via telefon eller fysiske møter i praksis er ikke-eksisterende, selv om sykepleierne understreker at dette er bra for samhandlingen (Jungdal et al., 2024, s. 7). Dette er sammenfallende med studien til Gautun et al. (2020, s.7), som bekrefter en sammenheng mellom kontakten mellom tjenestene og kvaliteten på overføringen. Funnene støttes videre av Petersen et al. (2019, s. 2004), som også belyser mulige årsaker. Å møte ansikt til ansikt førte til muligheten til å formulere en felles plan for pasienten sin retur til hjemmet, noe som ble beskrevet som god samhandling. Og videre at når det var mulighet for direkte møter og personlig dialog, førte det til en felles forståelse om hva som var målet for pasienten (Petersen et al., 2019, s. 2004). Brattheim et al. (2016, s. 31) fant at PLO meldinger ikke understøtter alle aspekter ved sykepleiernes kommunikasjonsbehov, og at supplerende kanaler som telefonkontakt derfor ble brukt. Petersen et al. (2019, s. 2004) påpeker også i sin studie at slike telefonsamtaler særlig blir brukt når det er behov for mer informasjon etter utskrivning. Om omfanget av telefonsamtaler fant Tjøstolvsen & Bjørnstad (2020, s. 6) at 81 prosent av respondentene svarte at de benyttet telefon som ett av midlene til å få til et godt tjenestetilbud.

### 4.3 Kulturforskjeller og fordommer

Kulturforskjeller mellom sykepleierne på sykehusene og i hjemmetjenesten identifiseres av flere forfattere som et hinder for samhandlingen (Jungdal et al., 2024; Lemetti et al., 2021; Petersen et al., 2019). Hjemmesykepleien og sykehusene blir beskrevet som «to forskjellige verdener» (Jungdal et al., 2024; Petersen et al., 2019), og kulturforskjellene er så store at samhandlingen kan betegnes som interprofesjonell samhandling (Petersen et al., 2019, s. 2006).

Sykepleierne på sykehusene og i hjemmetjenesten hadde forskjellige mål og tilnærming til sykepleie. Begge anså seg selv for å være den som ivaretok «hele pasienten», i motsetning til motparten, som de anså som «spesialist» (Petersen et al., 2019, s. 2002). Samhandling om ansvarsforståelse scoret lavt, og det var en manglende felles målforståelse (Lemetti et al., 2021, s. 1154). Videre rangerte sykepleierne sin egen forståelse av rolle, ansvar og praksis høyere enn kollegaene de samhandlet med (Lemetti et al., 2021, s. 1159). Ifølge Gautun et al. (2020, s. 7) rapporterte hjemmetjenesten lavere kvalitet på overføringene enn sykepleierne på sykehus. Dette kan sees i sammenheng med funnene til Petersen et al. (2019, s. 2004), som viser at hjemmesykepleien var helt avhengige av god informasjon fra sykehuset for videre oppfølging. Dette gjorde at de oppfattet samhandling som helt nødvendig, i motsetning til sykehuset, som ikke var like avhengige av god informasjon fra hjemmesykepleien (Petersen et al., 2019, 2004). Samhandlingen kompliseres av forskjellige perspektiver på hva som er best for pasienten (Petersen et al., 2019, s. 2003), noe som av Tjøstolsen & Bjørnstad (2020, s. 9) tilskrives effekten av ulike mål og rammer for sykehus og kommune. De organisatoriske rammene for sykehus og kommune kan igjen forstås som uttrykk for faglige ulikheter mellom sykehus og kommune (Tjøstolsen & Bjørnstad, 2020, s. 9). Studien til Jungdal et al. (2024, s. 6) viser at sykepleierne hadde lite kunnskap om hverandre, noe som medførte fordommer om «den andre». Utvekslingen av sykepleiere mellom sykehuset og hjemmetjenesten viste seg å ha en dempende effekt på fordommene, fordi den førte til økt gjensidig respekt og bedre forståelse av hverandres oppgaver og arbeidshverdag (Jungdal et al., 2024, s. 6).

Noen ganger bruker sykepleierne på kardiologi-avdelingen spesialisert terminologi og forkortninger som er vanskelig for sykepleierne i hjemmesykepleien å tyde. Dette medfører et tap av informasjon og tid (Jungdal et al., 2024, s. 4).

## 5.0 Diskusjon

I videre avsnitt diskuteres funnene fra artiklene sett i sammenheng med teori, lovverk og offentlige dokumenter. I deler av diskusjonen benyttes også egne erfaringer. Diskusjonen tar bakgrunn i problemstillingen: Hvordan kan sykepleieren sikre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?

### 5.1 Hvordan sikre samhandling gjennom digital kommunikasjon

Elektronisk kommunikasjon er ikke alltid et tilstrekkelig samhandlingsverktøy for å sikre trygge overganger for pasientene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Gautun et al., 2020; Jungdal et al., 2024; Petersen et al., 2019; Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020). Likevel er det en målsetning at all informasjonsutveksling skal foregå elektronisk (St.meld nr. 47 (2008-2009, s. 135)), og sykepleieren må dermed forholde seg til hvordan samhandlingen kan sikres innenfor de gitte rammene.

Tidlig varslings av utskrivninger, dersom den bør medføre tiltak fra kommunehelsetjenesten er lovfestet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Vi ser at 73,8 prosent av respondentene i studien til Tjøstolvsen & Bjørnstad (2020, s. 8) mener orienteringen kommer tidlig nok. Dette kan ikke bekreftes av studien til Lemetti et al. (2021, s. 1159), hvor tidsnok deling av informasjon er et område som scorer lavt. En tenkelig årsak til denne motsetningen kan være at informasjonen vanligvis kommer tidsnok, men at konsekvensene er store i tilfellene der den ikke gjør det. Et eksempel på dette kan være en pasient som har vært innlagt for hoftebrudd. Når hjemmesykepleieren orienteres i god tid får de mulighet til å planlegge turnus, som kan være nødvendig fordi pasienten kan ha større hjelpebehov. De får også tid til å tilrettelegge hjemmet med eventuelle nye hjelpemidler, og koordinere med fysioterapeut slik at pasienten kan starte med trening ved hjemkomst. Tidlig informasjon vil også gi trygghet og forutsigbarhet for pasienten, fordi hun da vet hva som kan forventes når hun kommer hjem. Alle disse faktorene kompliseres dersom det er forsinkelser i informasjonsdelingen ved utskrivning. Videre er tidlig informasjon også viktig for

sykehusene, men det kan tenkes at konsekvensene av sen informasjon er mindre dramatiske for den daglige driften på grunn av større tilgjengelighet på ressurser og kortere tidshorisont. Dette kan være en av årsakene til funnene til Petersen et al. (2019, s. 2004) om at hjemmesykepleien var helt avhengige av god informasjon fra sykehuset for videre oppfølging, men at det motsatte ikke ble oppfattet av sykehuset.

Det er avgjørende at meldingene kommer i tide, men de må også inneholde riktig og relevant informasjon. Forskningen viser at innholdet i meldingene er en side av den digitale kommunikasjonen som kan forbedres (Brattheim et al., 2016; Jungdal et al., 2024; Tjøstolsen & Bjørnstad, 2020). Halvparten av sykepleierne i hjemmesykepleien svarer at sykehuset ikke gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov til kommunen (Tjøstolsen & Bjørnstad, 2020, s. 9). Et eksempel på dette finner vi i studien til Jungdal et al. (2024, s. 4), hvor det er skrevet at en pasient med mange sykdommer bør veies regelmessig. Det kan imidlertid være vanskelig for hjemmesykepleien å vite hvorfor. Skal pasienten holde vekten, gå ned i vekt, eller gå opp i vekt? (Jungdal et al., 2024, s. 4). Kanskje var dette innlysende for sykepleieren som sendte meldingen, men det betyr ikke at det er like åpenbart for hjemmesykepleien som mangler konteksten. I praksis i hjemmesykepleien har jeg selv opplevd at manglende informasjon fra sykehuset kan være en utfordring. Min opplevelse omhandler en pasient som var innlagt på sykehus for vurdering av et sår. I løpet av innleggelsen gjøres det vesentlige endringer i sårstellprosedyren. Dessverre ble ikke denne informasjonen videreformidlet til hjemmesykepleien, og pasienten måtte selv informere hjemmesykepleien etter utskrivelsen. Som følge av dette måtte sykepleierne i hjemmesykepleien kontakte sykehuset for å etterspørre den nye prosedyren, noe som var tidkrevende. Når den oppdaterte prosedyren endelig ble mottatt, måtte sårstellet utsettes fordi hjemmetjenesten trengte å bestille nytt utstyr som den nye prosedyren krevde. Dette eksempelet viser hvor kritisk det er med fullstendige elektroniske meldinger. En tilsynelatende liten glipp resulterte i betydelig tidstap både for hjemmesykepleien og sykehuset. I tillegg ble pasienten ufrivillig gjort til et mellomledd i kommunikasjonen, noe som ikke bare kan føre til misforståelser og feilinformasjon, men også økt stress for pasienten. Det finnes imidlertid også eksempler på at hjemmesykepleien ikke sender den nødvendige informasjonen til sykehuset. I studien til Jungdal et al. (2024, s. 3) var det typisk



informasjon om hvor mye og hvilken type hjelp pasienten mottar som var savnet fra sykehuset sin side. Denne informasjonen var særlig viktig fordi den var en essensiell del av planlegging av utskrivelsen. Videre var den også viktig for planlegging av omsorg og medisinsk behandling under oppholdet (Jungdal et al., 2024, s. 3). Altså er både kommune- og spesialisthelsetjenesten avhengige av en helhetlig kartlegging av pasientens behov.

En årsak til at meldingene ikke alltid gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov, kan være deres utforming. Malen for PLO-meldinger inneholder standardiserte elementer, men gir også mulighet for å skrive fritekst (Brattheim et al., 2016, s. 31). Det fører til variasjon i hvordan meldingene utformes, som beskrevet av en av sykepleierne: *«Det er vel individuelt ... jeg ble opplært til at man bruker (pasientens) behandlingsplan. Her står det om (pasientens) kommunikasjonssans, aktivitetsnivå og så videre, og så fyller du ut hva som er aktuelt»* (Brattheim et al., 2016, s. 29). Sykepleieren forteller videre at mange andre bare sender av gårde en linje, for eksempel at pasienten er innlagt for intravenøs antibiotikabehandling (Brattheim et al., 2016, s. 29). Bruken av fritekst opplevdes som utfordrende, og det var individuelle forskjeller i hvordan sykepleierne fylte ut meldingene (Brattheim et al., 2016, s. 31). På grunn av et mangfold av pasienter, alle med ulike tilstander som vanskelig kan beskrives på standardisert vis, kan det være nødvendig å beholde fritekstfeltet. Brattheim et al. (2016, s. 32) peker imidlertid på at det er behov for å arbeide med innholdet i dette feltet for å bedre kommunikasjonen. Gjennom praksis har jeg også sett at det ikke er en standardisert måte å fylle ut fritekst-feltet, og at «alle» har sin egen metode. Den ene sykepleieren kan fortelle meg at det skal gjøres slik, og den neste at det er en dårlig måte å gjøre det på. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning gir retningslinjer for hvilken kompetanse studenten skal inneha angående kommunikasjon og dokumentasjon. Blant annet skal studenten beherske dokumentasjons- og kommunikasjonsverktøy i sykepleieutøvelsen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 14). Et av målene med forskriften er at sykepleierne skal ha en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 1). Egen erfaring fra praksis får meg likevel til å stille spørsmål ved om at det er en felles sluttkompetanse vedrørende digital kommunikasjon, spesielt i utforming av fritekst-feltet. I virkeligheten opplever jeg at

opplæringen i utforming av E-meldinger skjer gjennom praksis, enten på sykehus eller andre steder. Dette kan tyde på at det er behov for større fokus på utforming av elektroniske meldinger gjennom studiet for å styrke den elektroniske kommunikasjonen og sikre at alle har en felles sluttkompetanse.

Videre er det også viktig at informasjonen som inkluderes oppfattes som relevant, noe som gjør det nødvendig å utelukke unyttig eller overfladisk informasjon (Jungdal et al., 2024, s. 3). Et tenkt eksempel på dette kan være detaljerte data om pasientens hjerteovervåking, som kan være essensielt for kardiologi-spesialistene som kan lese det, men mindre nyttig for hjemmesykepleiers daglige arbeid. Det er likevel viktig for hjemmesykepleieren å være oppmerksomme på pasientens generelle kardiovaskulære tilstand, som gjør at hjertesykepleieren må ta en vurdering av hvor grensen for overfladisk informasjon går. Dette krever kunnskap både om egen rolle og samhandlingspartneren sin rolle. Hvordan denne kunnskapen kan opparbeides beskrives senere i oppgaven.

En faktor som sykepleieren selv ikke har særlig innflytelse på i sitt daglige arbeid er plattformen den elektroniske samhandlingen foregår på. Gautun et al. (2020, s. 7) finner at skriftlige avtaler og E-meldinger som verktøy ikke er tilstrekkelig for å sikre gode overganger for eldre pasienter, og foreslår mer direkte kontakt som et tiltak. Kan det tenkes at disse hadde vært tilstrekkelige, dersom de var bedre tilpasset overganger og samhandling på tvers av sektorer? Etter min mening vil brukervennlige digitale samhandlingsverktøy kunne bidra til å sikre bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Min opplevelse som sykepleierstudent var at de digitale kommunikasjonsplattformene var unødvendig kompliserte og uoversiktlige. Det tok lang tid å innhente den nødvendige informasjonen som burde være med i PLO-meldinger, dersom jeg ikke allerede hadde den for hånd. Forsiktig optimisme kan utvises på denne fronten, ettersom Regjeringen i Nasjonal Helse og Samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023-2024, s. 55)) fremmer tilrettelegging for bedre informasjonsutveksling gjennom digitale samhandlingsløsninger som et tiltak for å fremme samarbeid. Her har også helseinstitusjonene og kommunene også et ansvar, da både spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 beskriver at de

skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette krever imidlertid at de forskjellige tjenestene samordner. Én av tjenestene kan ha et fantastisk digitalt verktøy som legger godt til rette for samhandling, men dersom det ikke er kompatibelt med den andre tjenesten sitt verktøy vil det være forgjeves.

For hjemmesykepleien var endrede medisinalister i papirform et problem (Brattheim et al., 2016, s. 30). Det medførte merarbeid, med at fastlegen måtte kontaktes for å bekrefte endringene, og de måtte legges inn manuelt i journalen (Brattheim et al., 2016, s. 30). Vi ser dermed at elektronisk kommunikasjon også har klare fordeler, og at dens fravær raskt gjør seg til kjenne. Sykepleierne er stort sett fornøyde med PLO-meldinger som kommunikasjonsform (Brattheim et al., 2016, s. 29), selv om det er potensiale for forbedring som vist.

## 5.2 Kultur og målforståelse

Det at kommune- og spesialisthelsetjenestene blir beskrevet som «to forskjellige verdener» (Jungdal et al., 2024; Petersen et al., 2019) kan sees som et uttrykk for at de har ulike organisasjonskulturer. De ulike kulturene ble forklart med at tjenestene hadde ulike perspektiver på hva som var best for pasienten, forskjellig forståelse av sykepleie og forskjellig språkbruk (Petersen et al., 2019, s. 2002). De forskjellige perspektivene førte til uttalelser fra sykepleiere som «kjempe for pasienten», «kamp» og «vinne» når de snakket om samhandling med den andre sektoren (Petersen et al., 2019, s. 2004).

Kulturen gjør at vi utvikler oppfatninger som gir rammer for tolkning av det vi ser og opplever (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 76). En slik oppfatning kan eksempelvis være at hjemmesykepleien er de som har et blikk på pasientens helhetlige situasjon, og at sykehuset er mest opptatt av pasientens akutte behov, som i studien til Petersen et al. (2019, s. 2002). Implisitt i disse uttalelsene ligger at det bare er «vi» som har det riktige blikket, og at det

dermed er «vi» som vet hva som er best for pasienten. Dette kan føre til at vi «kjemper for pasienten» med noen andre som også ønsker det beste for pasienten. Her er evne til å lytte og å løse konflikter viktig, som beskrevet av Rogers et al. (2017). I noen tilfeller må en gå aktivt inn for å forebygge at uenigheter eskaleres til konflikter (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 98). Det kan gjøres ved å ta initiativ til å få klarhet i de ulike oppfatningene og forsøke å komme frem til en felles forståelse (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 98). For eksempel kan hjemmesykepleien og sykehuset være uenige om en pasient er klar for utskrivning. Ved å ta initiativ til å diskutere temaet får begge partene rom til å formidle sitt perspektiv, som kan tenkes å øke forståelse og hjelpe til å unngå at en konflikt blusser opp. Man må da også være innstilt på at en selv kan ta feil, og innstilt på å endre egen tilnærming, da dette kan skape en ny situasjon og relasjon som kan åpne for en løsning (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 98). Uenigheter må heller ikke tas personlig. Det mest effektive samarbeidet er mellom mennesker som mestrer å være uenige uten å ta det personlig (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 98). Dette kan imidlertid være vanskelig, spesielt når man har en sterk profesjonsidentitet, som gjør at motstand mot egne refleksjoner føles som motstand på egen identitet (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 100). Et eksempel kan være en sykepleier som har arbeidet i hjemmesykepleien over lang tid, som gjerne kjenner pasienten på et dypt nivå og har god innsikt i hennes hjelpebehov. Dersom sykehuset overkjører sykepleieren sine vurderinger og skriver ut pasienten uten videre diskusjon, kan dette naturligvis oppleves personlig.

Uttalelsene i studien til Petersen et al. (2019, s. 2002) om forskjellige oppfatninger kan også være et uttrykk for at kommune- og spesialisthelsetjenesten har forskjellig målforståelse, som beskrevet i Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009, s. 13)). Denne forskjellen i målforståelse kan være et samhandlingsproblem som påvirker kommunikasjon, og hvilke problemstillinger som vektlegges (St.meld. 47 (2008-2009, s. 13)). For å sikre samhandlingen er det derfor viktig å arbeide basert på en definert problemstilling og ha et klart felles mål (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 96). Et tiltak som kan føre til økt felles målforståelse er direkte møter med muligheter for personlig dialog (Petersen et al., 2019, s. 2005). Ansikt-til-ansikt kommunikasjon gir anledning for ikke-verbal kommunikasjon som kroppsspråk, tonefall og ansiktsuttrykk, noe som kan tenkes å bidra til en bedre forståelse av budskapet og intensjonen bak det som blir sagt. Videre er målavklaring en prosess som kan ta tid, og

som forutsetter en grundig diskusjon (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 97). Diskusjon kan være vanskelig å oppnå gjennom elektroniske meldinger, spesielt med tanke på den oppstykkede naturen til denne kommunikasjonsformen. En annen mulig årsak til forskjellig målforståelse kan være at sykepleierne bygger sine vurderinger på ulik informasjon. Hjemmetjenesten og sykehusene har ikke alltid tilgang til den samme informasjonen, for eksempel kan sykepleiere på sykehuset se epikriser som hjemmesykepleieren ikke nødvendigvis har tilgang til. Hjemmesykepleieren som har møtt pasienten over lang tid kan ha innsikt i livet til pasienten som sykepleierne på sykehuset ikke har. Direkte møter gir mulighet for umiddelbar avklaring av informasjon, noe som også kan tenkes å avklare misforståelser og føre til økt felles målforståelse.

Dersom målforståelsen blir lik, kan vi også hente ut styrken i å ha ulike perspektiver i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Styrken ligger i at blikket skarpstilles på ulike deler av pasientens sykdom og funksjonsproblemer (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 87). For eksempel kan en dialysesykepleier gi opplæring i bruk av peritonealdialyse, mens det kan være hjemmesykepleieren som sørger for at hjemmet er tilrettelagt for dialyse og hjelper med daglige oppgaver. For å utnytte potensialet som ligger i ulike perspektiver, må vi være bevisst på vår egen subjektive vurdering, og forstå at den andre sitt subjektive ståsted er basert på denne personen sine vurdering, kompetanse og erfaringer (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 87). Hjemmesykepleieren må ha tillitt til at pasienten får god opplæring, og samtidig være bevisst på at egne vurderinger er farget av tidligere erfaringer og oppfatninger. Kanskje har hjemmesykepleieren en formening om at nettopp denne pasienten ikke er i stand til å håndtere peritonealdialyse, mens dialysesykepleieren er av motsatt oppfatning. Da er det viktig for begge å være bevisst på at den andre har både kompetanse og erfaring til å begrunne sitt ståsted, noe som er et mye bedre utgangspunkt for diskusjon enn om de begge tror de er den eneste som vet hva som er riktig for pasienten. Dette krever imidlertid kunnskap om egen rolle og eget ansvar, i tillegg til kunnskap om samarbeidspartneren sin rolle, som er et av de seks sentrale elementene i tverrprofesjonell samhandling (Rogers et al., 2019).

Videre har Regjeringen bedt helsedirektoratet om å utarbeide en felles måte å beskrive og vurdere pasientens funksjonsnivå (Meld. St. 9 (2023-2024, s. 41)). Sykepleierne i studien til Jungdal et al. (2024) hadde problemer med dette. Hjemmesykepleien hadde numeriske koder for å beskrive pasientens grad av hjelpebehov, men sykehusene kunne ikke tyde disse kodene, og de ble dermed oppfattet som unyttige (Jungdal et al., 2024, s.3). En felles måte å beskrive pasientens funksjonsnivå på vil kunne bidra til at de to tjenestene nærmer seg hverandre i forhold til hvilke problemstillinger som vektlegges og at målforståelsen blir lik.

### 5.3 Fordommer

Sykepleierne i studiene hadde fordommer mot hverandre. Både om hvordan de trodde de selv ble oppfattet (Jungdal et al. 2024, s. 6), og hvordan de oppfattet den andre (Petersen et al., 2019, s. 2002). En av sykepleierne i studien til Jungdal et al. (2024, s. 6) beskriver det slik: *«Det er fordommer om at vi hjemmesykepleiere bare deler ut piller. Ikke fordi noen har sagt det, men du bare føler det.»* (Jungdal et al., 2024, s. 6). Fordommene kom av at sykepleierne hadde lite kunnskap om hverandre (Jungdal et al., 2024, s. 6; Petersen et al., 2019, s. 2002). Mistilliten og mangel på kunnskap om den andre sine kvalifikasjoner ga grobunn for at sykepleierne noen ganger var bekymret for pasienten i den andre sin omsorg (Petersen et al., 2019, s. 2002). Ettersom et forhold basert på tillitt, gjensidig ansvar og likeverd er en forutsetning for at samhandling skal være mulig (Orvik, 2022, s. 150), blir det innlysende at slike tanker om samarbeidspartneren er uforenlig med god samhandling. Samtidig som sykepleierne i kommune- og spesialisthelsetjenesten sa at den andre sektoren ikke visste hvordan de arbeidet, uttrykte de at de forstod den andre sine arbeidsforhold (Petersen et al., 2019, s. 2003). Dette kan sees i sammenheng med funnene til Lemetti et al. (2021, s. 1159), hvor sykepleierne rangerer sin egen forståelse av rolle, ansvar og praksis høyere enn kollegaene de samhandler med. Dette kan tyde på at sykepleierne overvurderer seg selv, og undervurderer den andre. Her kommer igjen behovet for å lære mer om sin egen og samarbeidspartneren sin rolle. For å oppnå dette, kan flere direkte møter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten være et tiltak. Direkte møter mellom personene vil kunne bidra til å øke kunnskap om samarbeidspartnerne og deres arbeidshverdag, og dermed gjøre partene mer fortrolige med hverandre. I tillegg kan møter over tid bygge vennskap og tillitt på en måte som ikke er oppnåelig med elektroniske meldinger, og kanskje heller ikke

gjennom telefonisk kontakt. Jungdal et al. (2024, s. 6) fant at slike møter førte til en bedre forståelse av hverandre sin arbeidshverdag, og økt gjensidig respekt og forståelse. Videre forteller sykepleierne at de fikk innsikt de ikke kunne oppnådd på noen annen måte (Jungdal et al., 2024, s. 6).

Å møte fysisk gjør det også enklere å gi hverandre direkte og konkrete tilbakemeldinger, noe som kan styrke kollegiale bånd og skape en følelse av samhold, samarbeid og tilhørighet (Iversen & Hauksdottir, s. 87 - 89). Tidligere samarbeidserfaringer gjør at man kjenner til hverandres vaner og preferanser, noe som bidrar til gode samarbeidsrelasjoner (Iversen & Hauksdottir, s. 87). Min egen opplevelse er at dette stemmer. Når jeg i praksis i hjemmetjenesten har samhandlet med tidligere kollegaer, går samarbeidet som oftest enklere enn når samarbeidspartneren er ukjent. Det er mindre usikkerhet rundt den andre personen sine holdninger, og lavere terskel for å stille avklarende spørsmål og eventuelt gi tilbakemeldinger.

Et åpenbart hinder for direkte møter er at de koster dyrebar tid og ressurser for både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Avstander, manglende ressurser og en allerede presset arbeidshverdag kan gjøre slike møter vanskelig å oppnå. I tidspressede situasjoner kan det å møtes oppleves som bare enda en oppgave som må gjennomføres (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 95). Dersom møtene ikke er godt nok tilrettelagt, kan de dermed virke mot sin hensikt. Orvik (2022, s. 163) understreker at tilrettelegging for samhandling bare skal skje i den grad involverte parter har klare fordeler av det. I motsatt fall kan det føre til ressursløsing og forsvar av egne revir (Orvik, 2022, s. 163). Det er likevel tenkelig at kostnaden kan hentes inn igjen ved at informasjonskontinuiteten bedres, og det blir mindre behov for ekstra dialogmeldinger som er tidskrevende. Selv om flere av studiene peker i retning av at direkte møter kan forbedre samhandlingen, kan det være behov for mer forskning for å forsvare innføring av møter i større skala.

## 5.4 Kommunikasjon og kunnskap

Samhandling krever kunnskap om kommunikasjon, som blant annet innebærer å være interessert i de andres verdier og synspunkter, samt å lytte og løse konflikter (Rogers et al., 2017). Studien til Petersen et al. (2019, s. 2004) gir oss innsikt i hvordan sykepleieren bør kommunisere. Sykepleierne forteller at telefonsamtaler ble brukt når hjemmesykepleien hadde behov for mer informasjon etter utskriving. Tonen og språket som ble brukt kunne hindre eller hjelpe samhandlingen. En positiv og vennlig tone førte til at sykepleierne følte seg som kollegaer. Sykepleierne prøvde bevisst å holde en vennlig tone, selv når de ikke følte situasjonen gjorde det enkelt. Når sykepleierne ble sendt fra en person til neste uten at noen tok ansvar, kunne de bli irriterte. På sykehuset var de ofte opptatt med andre ting, og følte seg angrepet av den direkte tonen (Petersen et al., 2019, s. 2004). For godt samarbeid er det nødvendig å ha bevissthet rundt ordvalg og uttrykksmåte (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 90). Bruk av pronomener som «vi» eller «dere» kan bidra til å skape avstand (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 90). Dersom sykepleieren sier «vi trenger et svar fra dere nå», skaper dette avstand. Ved å heller si «hva kan vi gjøre for å løse dette problemet?», viser en tilhørighet og felles ansvar. Det er «vi» som må løse dette problemet sammen. Samtidig er det bra at sykepleierne i studien til Petersen et al. (2019) var opptatt av å ha en vennlig innstilling, da det bidrar til at vi er vennligere innstilt i tolkningene av hverandre (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 90). Det er enklere å tilgi en angripende tone dersom du tolker det i lys av at den andre har hatt en stressende arbeidsdag.

En annen faktor er at fagspråk kan forstås og tolkes på ulike måter mellom profesjonsutøvere (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 91). Derfor er det nødvendig at begrepsbruken tilpasses mottakeren, og at senderen er bevisst på hvilken betydning mottakeren kan tenkes å legge i begrepet. Et eksempel på dette er begrepet «depresjon», som kan ha ulike betydninger hos ulike profesjoner eller spesialister. En psykiatrisk sykepleier vil kanskje ha en mer klinisk tilnærming til begrepet enn en sykepleier i hjemmesykepleien. Dette er ikke alltid tilfelle, men dersom avsenderen legger en spesifikk betydning i et begrep, kan dette være verdt å presisere for å unngå misforståelser. På samme måte er det hensiktsmessig å unngå overkomplisert eller spesialisert begrepsbruk, da



dette medfører forvirring og merarbeid for mottakeren, som vist i studien til Jungdal et al. (2024, s. 4). Hjemmesykepleien hadde bevissthet rundt begrepsbruk fra sine ledere, på grunn av et mangfold av profesjonelle grupper med ulike forutsetninger for å forstå fagterminologi. Kardiologi-avdelingen hadde ikke det samme fokuset (Jungdal et al., 2024, s.4). Med bakgrunn i funnene til Jungdal et al. (2024) kan det virke som om både sykehusene og hjemmetjenesten vil tjene på at spesielt sykepleierne på sykehusene er mer pragmatiske i sin begrepsbruk.

Det er nærliggende å tenke at samhandlingskompetanse er noe man automatisk opparbeider seg i løpet av studiet og gjennom arbeidslivet. Samhandling er tross alt en del av læringsutbyttet på helse- og sosialfagutdanninger (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2019, § 2-4). Samhandling er likevel et omfattende fagområde, og kunnskap man har lært på studiet må fornyes og forbedres. Det har de siste årene blitt en erkjennelse at samhandling er noe som må tilegnes og læres (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 13). Dermed er det kanskje ikke tilstrekkelig å tilrettelegge for samhandlingen gjennom reformer og nye samhandlingsverktøy, det kan være behov for å tilrettelegge for læring om samhandling. Den enkelte sykepleieren må vite hvordan man bør samhandle, for eksempel med bakgrunn i rammeverket til Rogers et al. (2017). Det ville vært enklere for sykepleieren å tilegne seg denne kunnskapen dersom arbeidsplassen la til rette for dette, noe sykepleiere oppfatter at den sjelden gjør (Lemetti et al., 2024, s. 1164).

## 6.0 Avslutning

Samhandlingen mellom sykepleiere i kommune- og spesialisthelsetjenesten foregår innenfor rammene bestemt av politikken. Mye av forskningen gir ikke klare retningslinjer for hvordan den enkelte sykepleier skal samhandle, men peker på problemområder innenfor samhandlingen. Samhandlingen er preget av at den digitale kommunikasjonen er utilstrekkelig og at kulturforskjeller og manglende felles målforståelse er et hinder. Økt direkte kontakt mellom tjenestene er det enkelttiltaket som nevnes oftest i forskningen, og vil kunne hjelpe med å redusere fordommer, øke felles målforståelse og bidra til økt kunnskap om den andre. Både spesialist- og kommunehelsetjenesten kan dra nytte av et rammeverk som tillater og oppfordrer til direkte kontakt. Sykepleieren må ha kunnskap, vilje og evne til å samhandle.

**Implikasjoner for praksis:** Sykepleieren må utforme elektroniske meldinger som gir et helhetlig bilde av pasientens hjelpebehov og funksjonsnivå, og meldingene må komme tidsnok. Videre burde sykepleieren ta initiativ til direkte kontakt med den andre tjenesten der det er mulig. Samhandling krever også kunnskap om kommunikasjon, roller og kultur.

## Referanseliste

- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien, nr 1, 2016; 11: 26-33* <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP qualitative checklist*. Retrieved 10.04.2024 from <https://casp-uk.net/checklists/casp-qualitative-studies-checklist-fillable.pdf>
- Dalland, O., & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. ed.). Gyldendal.
- Gautun, H., Bratt, C., & Billings, J. (2020). Nurses' experiences of transitions of older patients from hospitals to community care. A nation-wide survey in Norway. *Health Science Reports, Jul 16;3(3):e174*. <https://doi.org/10.1002/hsr2.174>
- Helsebiblioteket. (2021a). *2.1 PICO* Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/2.sporsmalsformulering/2.1-pico>
- Helsebiblioteket. (2021b). *Sjekklister*. Retrieved 10.04.2024 from <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Holmboe, O., & Bjertnæs, Ø. A. (2016). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015*. (2016: 147). <https://www.fhi.no/contentassets/f1656ccea8d243acabd94ca7574155bf/vedlegg/84-nasjonalt.pdf>
- Iversen, A., & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid - Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jungdal, A., Tousig, C.G., Christiansen, T.K., Birkelund, L., Sørensen, A.N., Roskilde, J., Birkelund, R. Cross-sectoral exchange of nurses: An intervention study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2024 Feb 4*. <https://doi.org/10.1111/scs.13238>
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., (2024). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lemetti, T., Puukka, P., Stolt, M., & Suhonen, R. (2021). Nurse-to-nurse collaboration between nurses caring for older people in hospital and primary health care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing, 2021 Apr;30(7-8):1154-1167*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15664>
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen., M. W. (2021). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. ed.). Cappelen Damm AS.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Orvik, A., & Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse : innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. ed.). Cappelen Damm akademisk.

Petersen, H. V., Foged, S., & Nørholm, V. "It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2019 May;28(9-10):1999-2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>

Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Abrandt Dahlgren, M., Grymonpre, R. E., Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2017). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*(39(4), 347–359). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

St.meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. ed.). Universitetsforlaget.

Tjøstolsen, I., & Bjørnstad, E. (2020). Hvordan kan sykepleierestyrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien? *Sykepleien* 2020;108(80337):e-80337. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80337>

## Vedlegg

1. Søkehistorikk (Vedlegg 1)
2. Litteraturmatrise (Vedlegg 2)