



I pasientenes interesse?

Samhandling mellom tjenester
-erfaringer og meninger fra sykepleiere ved
KAD og kommunal legevakt

Anne Merete Nestaker, kandidatnummer 129

Lovisenberg diakonale høgskole

Masteroppgave
i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i
intensivsykepleie

Antall ord: 14618

Dato: 1. juni 2018

ABSTRAKT

Lovisenberg diakonale høgskole

Dato 1. juni 2018

Tittel: I pasientenes interesse?

Samhandling mellom tjenester -erfaringer og meninger fra sykepleiere ved KAD og kommunal legevakt

Bakgrunn: Samhandlingsreformen (SHR) har fokus på samhandling innad i og mellom helsevesenets instanser for å sikre helhetlige pasientforløp. Kommunene har fått økt ansvar for en voksende og stadig mer kompleks pasientgruppe. De kommunale helsetjenestene skal forebygge sykehusinnleggelser, og redusere øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus. Riksrevisjonens rapport fra 2016 viser at intensjonen med SHR ikke er oppnådd når det gjelder bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet på tjenestene og samhandling innad i kommunen.

Hensikt: Studiens hensikt er å utforske og belyse samhandlingen mellom to kommunale helsetjenesteorganisasjoner, gjennom å ta rede på erfaringer fra sykepleiere ved KAD og kommunal legevakt.

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer av 6 sykepleiere. 3 sykepleiere fra KAD og 3 fra kommunal legevakt.

Resultat: 3 tema er fremtolket: ansvarsforhold, gjensidig respekt og informasjonsutveksling.

Konklusjon: Denne studien legger frem at kommunenes økende utfordringer fremover, med fortsatt voksende og stadig mer komplekse pasientgrupper, vil oppmerksomhet på samhandling være nødvendig. Den stadige oppsplittingen av helsetjenester har medført at pasienter med stor kompleksitet i sykdomsbilde, kan oppleve en fragmentert helsetjeneste. Manglende kunnskaper om hverandres oppgaver, ansvar og kompetanse synes å skape uklare forventninger til den andre instansens rolle og funksjon. Det erfares også en maktubalanse som kan true den enkelte sykepleiers opplevelse av anerkjennelse og faglig integritet. Det er enighet om at fleksibilitet og bruk av skjønnsmessige vurderinger i de enkelte situasjoner erfares som et positivt element i samhandlingen. Likeså er behovet for forbedring av informasjonsflyten et avgjørende poeng for å ivareta smidige og helhetlige pasientforløp.

Nøkkelord: samhandling, ansvarsforhold, gjensidig respekt, informasjonsutveksling

ABSTRACT

Lovisenberg Diaconal University College

Date: 1 juni 2018

Title: In patient's interest?

Interaction between services - experiences and opinions from nurses at KAD and municipal emergency services

Background: The Coordination reform (SHR) focuses on interaction within and between health care agencies to ensure comprehensive patient progress. The municipalities have been given increased responsibility for a growing and increasingly complex patient group. The municipal health services will prevent hospitalizations and reduce immediate emergency hospitalizations. The Office of the Auditor General's report from 2016 shows that the SHRs intention of better resource utilization, better quality of services and interaction within the municipality, not is achieved.

Aim: The purpose of the study is to explore and illuminate the interaction between two municipal health services organizations, by analyzing the experiences of nurses at KAD and municipal emergency services.

Method: Qualitative method with semistructured interviews of 6 nurses. 3 nurses from KAD and 3 from municipal emergency services.

Result: 3 themes are interpreted: accountability, mutual respect and information exchange.

Conclusion: This study presents that the increasing challenges of the municipalities in the future, given growing and increasingly complex patient groups, attention to interaction will be necessary. The constant breakdown of healthcare has resulted in patients with high disease complexity, experiencing a fragmented health service.

Lack of knowledge of each other's tasks, responsibilities and competence seems to create unclear expectations for the other entity's role and function.

It's also experienced a power imbalance that can threaten the nurse's experience of recognition and professional integrity. It's agreed that flexibility and use of discretionary assessments in individual situations are experienced as one positive element in interaction. Likewise, the need

for improving information flow is a crucial point for ensuring smooth and comprehensive patient care.

Keywords: interaction, responsibility, mutual respect, information exchange

Forord

Nå er masteroppgaven klar for levering. Å skrive master har for meg vært en lang og lærerik prosess som har gitt meg muligheten til å utvikle meg både på det faglige og personlige plan.

Jeg vil først og fremst takke min veileder ved Lovisenberg diakonale høgskole, professor Rita Jakobsen, for god oppfølging, konkrete og konstruktive tilbakemeldinger og motivasjon gjennom hele prosessen. Ikke minst vil jeg takke for hennes fantastiske fortellinger fortalt med spesiell innlevelse som berører og belærer.

En stor takk til mine engasjerte informanter som tok seg tid til og villig delte sine erfaringer med meg. Dere ga meg gode innspill og rike data. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. Jeg håper jeg har gitt dere et bidrag som kan brukes i deres videre samarbeid.

Takk til arbeidsgiver for tilretteleggelse og permisjoner.

Jeg vil også rette en stor takk til dere andre som har fulgt meg og støttet meg på denne kunnskapsreisen. Mine medstudenter på Lovisenberg diakonale høgskole, MAKS deltidskull 2015, for gode samtaler, diskusjoner, tips, erfaringsutveksling, motivasjon og sene kvelder på lesesalen gjennom hele studiet. Dere har gitt meg minner jeg for alltid vil bære med meg. Mine venner og kollegaer som har vist entusiasme når jeg har fortalt om temaet jeg har studert, og som har bistått med innspill og korrektur. Dere har gitt meg troen på at dette kunne bli en masteroppgave.

Til slutt, og aller viktigst, en stor takk til min familie. Mannen min Gard, som har gjort det mulig for meg å følge min drøm. Du har vært tålmodig og forståelsesfull med meg i en periode preget av mye frustrasjon. Mine barn som har kommet med godord, blomster, kaffe og sjokolade og ventet tålmodig på at jeg skal bli ferdig med oppgaven. Dere har heiet på meg, hatt troen på meg og støttet meg gjennom hele prosessen.

Gran, mai 2018

Anne Merete Nestaker

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.1.1 Studiens fokus.....	3
1.1.2 Studiens hensikt.....	3
1.1.3 Forskningsspørsmål.....	3
1.2 Relevans for avansert klinisk sykepleier.....	4
2. Litteraturgjennomgang.....	5
2.1 Tidligere forskning.....	5
2.1.1 Helhetlige pasientforløp.....	5
2.1.2 Samhandling.....	7
2.2 Teoretiske perspektiver.....	8
2.2.1 KAD og legevakt: Ansvar og funksjon.....	8
2.2.2 Faglig forsvarlighet.....	9
2.2.3 Kompetanse og skjønn.....	10
2.2.4 Kommunikasjon, samhandling og anerkjennelse.....	10
2.2.5 Informasjonsflyt- hensikt og kvalitet.....	11
3. Metode.....	12
3.1 Kvalitativt design.....	12
3.2 Kvalitativ metode.....	12
3.2.1 Intervju som datainnsamlingsmetode.....	12
3.3 Utvalg.....	13
3.3.1 Utvalgsprosessen.....	14
3.3.2 Resultat av utvalgsprosessen.....	14
3.4 Forskningsetiske betraktninger.....	14
3.5 Forforståelse.....	16
3.6 Innsamling av data.....	17
3.6.1 Pilotintervju.....	17
3.6.2 Intervjuene.....	17
3.6.3 Transkribering.....	18
3.7 Analyse.....	18
3.8 Metodiske betraktninger.....	21
3.8.1 Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet.....	21

4. Resultat	23
4.1 Ansvarsforhold	23
4.1.1 Uavklart ansvar	23
4.1.2 Uavklarte forventninger.....	25
4.2 Gjensidig respekt	26
4.2.1 Faglig identitet og trygghet.....	26
4.2.2 Imøtekommenhet	27
4.3 Informasjon	28
4.3.1 Informasjonsflyt.....	28
4.3.2 Informasjonsinnhold.....	29
5. Diskusjon	32
5.1 Hensikten med SHR og samhandling som fenomen i helsetjenesten	32
5.2 Ansvarsforhold	33
5.3 Gjensidig respekt	37
5.4 Informasjonsutveksling	39
6. Konklusjon	42
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	42
Referanseliste:	44
Vedlegg 1	50
Vedlegg 2	51
Vedlegg 3	52
Vedlegg 4	54
Vedlegg 5	55
Vedlegg 6	58
Vedlegg 7	59

1. Innledning

Det er en økning i antall eldre i verden. Bedre levekår og bedre kunnskap og kompetanse i helsevesenet samt dets evne til å behandle akutte og kroniske lidelser, er noen av grunnene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016; Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Økningen gir store konsekvenser for samhandling mellom, og innad i, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens av dette ble Samhandlingsreformen (SHR) etablert (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Samhandling defineres som; «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» (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 13)

SHR ble innført januar 2012, og anses å være en av de viktigste reformene innført i Norge angående samarbeid i helsetjenesten (Willumsen & Ødegård, 2017). Hovedmålet med SHR er bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetjenestene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). New Public Management (NPM) har vært rådende innen helsesektoren de siste tiårene og vektlegger målstyring, effektivisering, konkurranseutsetting og resultatenheter (Engebretsen & Heggen, 2012; Orvik, 2015). Det hevdes at helsevesenets verdier har kommet i bakgrunnen siden fokus har vært på styring og kontroll (Busch, 2012). Dette kan ha bidratt til behovet for en ny reform for samhandling (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). Med innføring av SHR kan verdiene igjen spille en vesentlig rolle i utviklingen av offentlig sektor (Busch, 2012). Flere politiske styringsdokumenter setter samhandling som forutsetning for å utvikle helsetjenester av høy kvalitet (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015b). God samhandling dreier seg om respekt for pasientens integritet og behov, kvaliteten på og forsvarligheten av tjenestene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2013, 2015a; Helsedirektoratet, 2018). Pasientforløp i klinisk hverdag involverer ulike profesjoner, organisasjoner og sektorer. Samhandling er derfor en forutsetning for å sikre helhetlige forløp i pasientbehandling (Orvik, 2015).

SHR innebærer både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Det ble blant annet iverksatt ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, hvor målet er å legge til rette for «*bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene*» (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016, s. 42), slik at mottakere av tjenestene møter samordning og helhet (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Loven innebærer

blant annet lovfestet plikt fra 2016 til å tilby øyeblikkelig-hjelp døgnopphold (KAD) (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, 2016). Hensikten med KAD er å redusere øyeblikkelig-hjelp innleggelse i sykehus samt gjøre det mulig å få øyeblikkelig hjelp nærmere hjemmet. En gradvis etablering av KAD har foregått siden 2012, og fra 2017 utvides plikten til også å gjelde personer med psykisk lidelse og rusproblematikk (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015a).

SHR innebærer at en større del av pasientforløpene skal overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Utredning og behandling skal, når det er mulig, desentraliseres (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2011). De kommunale helsetjenestene har som følge av SHR fått flere pasienter med komplekst sykdomsbilde, som igjen fordrer høyere kompetanse (Dolonen & Hernæs, 2017; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Legevakten har beslutningsmyndighet for hvilke pasienter de tar imot, vurderer og eventuelt legger inn i sykehus eller KAD (Hansen & Hunskaar, 2016). Samhandling er et kriterium på vellykkede offentlige tjenester, og dermed også et kriterium på kvalitet i det kliniske arbeidet. Kvalitet og pasientsikkerhet er kjerneverdier i klinisk arbeid (Orvik, 2015). I norsk sammenheng har arbeidet for økt pasientsikkerhet særlig vært knyttet til den nasjonale kampanjen «I trygge hender 24-7», et eget program i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014-2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er Riksrevisjonens undersøkelse etter innføringen av SHR (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016), samt mine egne erfaringer fra samhandlingspraksis i kommunen, både på tvers av, og i mellom forvaltningsnivåer og organisatoriske grenser. Riksrevisjonens undersøkelse avdekket forhold hvor intensjonen med SHR ikke var oppfylt. Det gjelder bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet på tjenestene og samhandling innad i kommunen (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). Forskning som er gjort på dette området har i liten grad undersøkt samhandlingen mellom kommunale aktører (Norges Forskningsråd, 2016).

Den forventede veksten i behov for helsetjenester skal i størst mulig grad løses på kommunalt nivå (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Det hevdes at oppgraderte kommunale helsetjenester, vil kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene (Tyrholm, 2013). Det forventes stadig flere pleietrengende, både over og under 65 år, og i all hovedsak komplekse pasientsituasjoner som trenger avansert medisinsk behandling og omfattende omsorgstjenester

(Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009; Ruyter et al., 2014). Den kommunale helsetjenesten har for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015; Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012). Dette medfører økt sårbarhet og svikt i kvaliteten på tjenesten (Haukelien et al., 2015).

Viktigheten av samarbeid i kommunen er også belyst i andre offentlige dokumenter enn SHR, slik som «Forskning og innovasjon for bedre samhandling» fra 2012 (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012-2015) og i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste» (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015a). Forskning beskriver mangel på systematisk forskning rettet mot samarbeid, og faktorene som utgjør god og utfordrende samhandling bør prioriteres i fremtiden (Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen & Slettebø, 2013). Et eksempel på svikt i kvalitet og samhandling er økende antall øyeblikkelig-hjelp innleggelse, for det meste reinnleggelse. Færre sykehussenger, kortere liggetid på sykehus og en presset kommunal pleie-og omsorgstjeneste er med på å skape dette bildet (Tjora & Melby, 2013). Klinisk blikk med vurdering av kompleksitet ved pasientoverflyttinger, kan påvirke kvaliteten og redusere pasientenes stressopplevelse i overflyttingsfasen (Orvik, 2015).

1.1.1 Studiens fokus

Fokus i min studie er;

Samhandling mellom tjenester

- erfaringer og meninger fra sykepleiere ved kommunal legevakt og sykepleiere ved KAD avdeling

1.1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å utforske og belyse samhandlingen mellom to av den kommunale helsetjenestens organisasjoner, gjennom å ta rede på erfaringer fra sykepleiere ved KAD og kommunal legevakt.

1.1.3 Forskningsspørsmål

- Hva erfarer sykepleierne ved KAD og kommunal legevakt i samhandling mellom disse instansene?
- Hva mener sykepleierne kjennetegner denne samhandlingen?
- Hva mener sykepleierne er mulig konsekvens av samhandlingen?

1.2 Relevans for avansert klinisk sykepleier

I Meld.St.10 (2012), er det beskrevet behov for personell med bedre kompetanse på kommunikasjon og samarbeid på tvers av tjenestenivåer og sektorer. Regjeringens mål er at forskning, innovasjon og utdanning skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det er ønskelig at det skal utdannes flere med evne til refleksjon over egen yrkespraksis og som kan bidra til kvalitetsutvikling (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012). Det er behov for å styrke forskning og kunnskapsutvikling gjennom videreutdanning og/eller masterprogram (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009; Willumsen & Ødegård, 2017). Det er disharmoni mellom hva myndighetene beskriver behovet for kompetanse til å være, og hva den faktiske kompetansen egentlig er (Bing-Jonsson et al., 2015).

Helsedirektoratet tilbyr fra 2015 økonomisk støtte til kommuner for at sykepleiere skal ta masterutdanning i avansert klinisk sykepleie (Willumsen & Ødegård, 2017), for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten. Det å være en dyktig kliniker og samtidig inneha organisatorisk kompetanse, anses som viktig for å sikre en velfungerende helsetjeneste (Orvik, 2015).

Videreutdanning til AKS på masternivå kvalifiserer sykepleiere til selvstendig vurderingskompetanse (Helsedirektoratet, 2017). AKS spiller en viktig rolle i håndtering av komplekse pasientsituasjoner og kan bidra til bedre samhandling, fagutvikling og kunnskapsheving på tvers av ulike helseinstanser. AKS kan bidra til sammenhengende og trygge pasientforløp, hvor samhandling, forskning og utvikling er sentralt. AKS læres opp til å forstå viktigheten av tidlig innsats, forebyggende og behandlende funksjon, og sikre gode pasientforløp for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet på tvers av tjenestenivåer (Helsedirektoratet, 2017; Lovisenberg Diakonale Høyskole, 2015). Økt kompetanse i håndtering av komplekse pasienttilstander kan forsinke sykehusinnleggelse, øke pasientsikkerheten og forhindre død (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015a).

2. Litteraturgjennomgang

I litteratursøk benyttet jeg PICO, med hensikt å finne ut hva som allerede eksisterer på området relatert til sentrale begreper i tittel, mine forskningsspørsmål og studiens hensikt, i tråd med hva Bjørk & Solhaug (2015) beskriver. Ord jeg benyttet i søkestrategien var blant annet; samhandling, ansvar, critical care patient, nurse intervention, patient security, secure attitude to health og intermediate. Aktuelle databaser for mine søk var Medline, CINAHL og SweMed+, Helsebiblioteket og Sykepleien Forskning. Tilgang til disse databasene har jeg via biblioteket ved Lovisenberg Diakonale høgskole. Jeg valgte i tillegg å søke på forfattere, slik Bjørk & Solhaug (2015) anbefaler.

2.1 Tidligere forskning

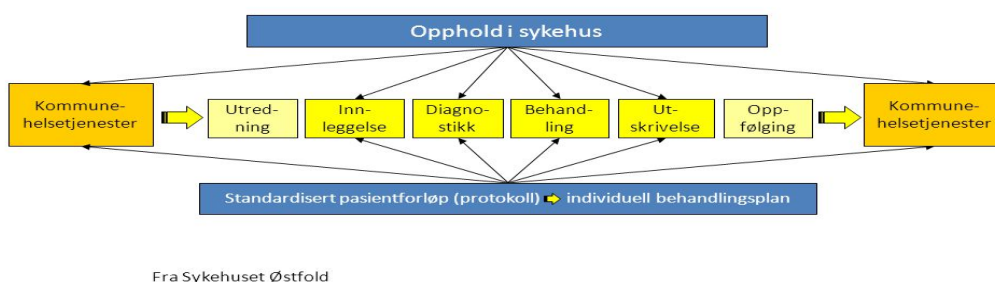
2.1.1 Helhetlige pasientforløp

Helhetlige pasientforløp blir beskrevet som et av de mest sentrale punktene i SHR, og defineres av Helsedirektoratet som «den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov» (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 15).

Å sikre helhetlige pasientforløp og desentraliseringen av oppgaver og ansvar, går igjen blant utfordringene innen samhandling (Holen-Rabbersvik et al., 2013; Norges Forskningsråd, 2016; Olsen, Østnor, Enmarker & Hellzen, 2013). Pasienter med komplekse lidelser og pasienter i akutte situasjoner er blant de som trenger koordinering av tjenestene aller mest. Mange av disse pasientene passer ikke inn i standardiserte diagnosespesifikke forløp. Behandling og oppfølging blir kompleks på grunn av multisykdom, og diagnoseuavhengige pasientforløp for pasienter med kronisk sykdom er mer vellykket (Grimsmo et al., 2016). Dette støttes av Danielsen, Nilsen og Fredwall (2017), som hevder at det norske helsevesenet er komplekst og fragmentert og derfor blir en utfordring for omtalte pasientgrupper i å sikre helhetlige pasientforløp.

Samhandlingen mellom KAD og legevakt er ett av flere samhandlingsledd i helsevesenets behandlende organisasjoner. KAD er i Norge organisert på ulike måter (Danielsen et al., 2017). Noen er interkommunale, ligger i tilknytning til legevakt eller lokalmedisinske sentre, er integrert i vanlige sykehjemsavdelinger eller korttidsavdelinger (Skinner, 2015).

Standardiserte pasientforløp (behandlingslinjer)



norsk **helsenett**

NTNU

Fig. 2.1. Standardiserte pasientforløp (Ljungblad, 2008).

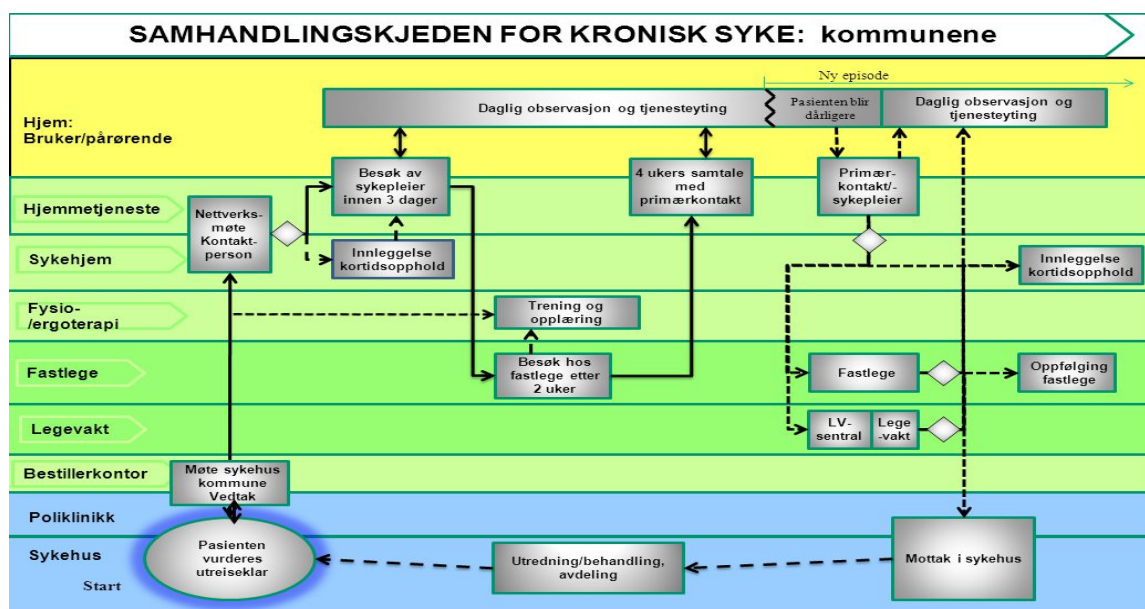


Fig. 2. 2. Samhandlingkjeden for kronisk syke (Grimsmo, ikke oppgitt)

Hovedmålet med SHR er helhetlige pasientforløp der pasienter skal møte en samordnet, helhetlig helsetjeneste preget av kontinuitet og kvalitet. En større del av pasientforløpene skal baseres på samhandling i kommunehelsetjenesten. Derfor ble ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innført, der samhandling for å sikre tjenestetilbud tilpasset den enkelte er formålet (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). Helhetlige pasientforløp er spesielt viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov (Bukve & Kvåle, 2014; Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Økt bruk av institusjoner før og etter sykehusopphold gir oppstykket forløp for mange pasienter (Orvik, Nordhus, Axelsson & Axelsson, 2016), og

medfører flere overganger for pasienten, mer administrativt arbeid og dermed høyere risiko for feil (Orvik et al., 2016). Disse overgangene betegnes i SHR som brudd;

Begrepet brudd er altså uttrykk for at ytelsene fra de ulike tjenstedelene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Dette kan fremstå som brudd i tidsaksen med venting som resultat, brudd i informasjonsflyten som fører til sviktende grunnlag for kliniske beslutninger, eller brudd i ressurstilførselen til pasientforløpet som på ulikt vis kan gi mangelfull behandling (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 48)

2.1.2 Samhandling

Samhandling mellom helsetjenestens ulike aktører preges av utfordringer, som blant annet skyldes individuelle faktorer, kulturforskjeller, ulike styringsideologier, skjevfordeling av makt, mangel på felles forståelse av samhandlingen og mangel på kunnskap, forsinket eller fraværende informasjon og kommunikasjon (Steihaug, Johannessen, Ådnes, Paulsen & Mannion, 2016; Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014; Tønnessen & Kassah, 2016; Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016). Hvis det interkommunale samarbeidet oppleves utfordrende for de involverte, kan det igjen påvirke tjenestene pasientene tilbys (Steihaug, Paulsen & Melby, 2017).

Haukelien et al. (2015) sin undersøkelse viser at over 60% av de intervjuede opplever samhandlingen med legevakt som nokså bra.

Aase (2015) beskriver følgende punkter for å styrke kontinuitet og samhandling i overganger; utveksling av vesentlig informasjon, delt forståelse og oppfatning av pasientstatus, overføring og ivaretagelse av ansvar.

Andre sentrale faktorer som er avgjørende for å sikre kvalitet i overgangen mellom tjenestene er kommunikasjon, overføring av informasjon og pasientansvar, koordinering av ressurser, opplæring/utdanning (Danielsen et al., 2017; Storm et al., 2014). Effektivt samarbeid mellom personell anses å være viktig både for kvaliteten på tjenestene som gis og for pasientens opplevelse av helhetlig tjeneste. Kommunikasjon og samarbeid kan bedres ved fokus på ulikheter og maktasymmetri mellom helsepersonell (Steihaug et al., 2016).

Pasienter med langvarige og sammensatte behov som eldre pasienter og rus- og psykiatripasientene, anses som en særlig sårbar gruppe i overføring mellom instanser grunnet ofte sammensatte problemer, flere kroniske sykdommer, nedsatt kognitiv funksjon og polyfarmasi (Danielsen et al., 2017; Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009; Slettebø et al., 2010; Storm et al., 2014). Overføringen mellom ulike instanser kan for disse pasientene gi

fragmenterte tjenester. Manglende medisinoppdatering, sykepleierapport og dokumentasjon av tester og undersøkelser står også sentralt (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016; Steihaug et al., 2016). Pasientene kan oppleve stress, bivirkninger, forvirring, og mangel på oppfølging (Olsen et al., 2013; Orvik, 2015; Storm et al., 2014). I ytterste konsekvens kan dette føre til utilstrekkelig og/eller feil behandling (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). Barrierer som må overvinnnes for å lage vellykket samhandling og informasjonsutveksling mellom helsepersonell omfatter forskjeller i profesjonskulturer, kompetanse, kunnskap og tenkemåter, roller og ansvar, tid og ressurser og misforståelse av profesjonelle identiteter. Mellommenneskelige relasjoner som tillit, gjensidig respekt og anerkjennelse (Olsen et al., 2013; Steihaug et al., 2017). Barrierene påvirker informasjonsflyten og dermed pasientsikkerhet og kvalitet (Olsen et al., 2013). I foreliggende studie er det sykepleiernes erfaringer knyttet til samhandling mellom to definerte tjenestetilbud i kommunal setting som er fokus. Samhandling mellom KAD og legevakt har det tidligere vært lite fokus på i forskning.

2.2 Teoretiske perspektiver

2.2.1 KAD og legevakt: Ansvar og funksjon

Opprettelse av KAD er et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). Alle norske kommuner er lovpålagt KAD tilbud for somatiske tilstander fra januar 2016 (Skinner, 2015) og psykiske lidelser og rusproblemer fra januar 2017. Pasienttilstanden og videre behandling skal være avklart, og kommunen skal kunne gi et faglig forsvarlig tilbud (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015a). Kommunen skal ha mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til pasientene (Skinner, 2015). Hensikten med KAD beskrives slik;

Det er sentralt å sikre pasientene og brukerne trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det være best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn i sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 58-59)

Akuttmedisinforskriften er eksempel på forskrift som spesifikt styrer legevakten (LV). Der beskrives at befolkningen skal motta forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester

utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp (Hansen & Hunskår, 2016). I følge Hunskår et al. (2014) har kommunen ansvar for å organisere LV slik at befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp sikres hele døgnet. LV skal også diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for videre henvisning ved behov. LV er en viktig samarbeidspartner for KAD, hvor legevaktslegen avgjør hvilke pasienter som skal innlegges KAD eller sykehus.

2.2.2 Faglig forsvarlighet

Hensikten med samhandling i klinikken er å sikre flyt i arbeidsprosesser slik at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helhet i tjenester og tiltak. Dette er både juridisk og etisk forankret (Orvik 2015). Det er i lovverket krav om at helsetjenester skal være faglig forsvarlige og omsorgsfulle. Kravet er rettet både på systemnivå og individnivå. På systemnivå har blant annet kommunen plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp til personer som trenger det. På individnivå har blant annet sykepleieren krav om å utføre sitt arbeid i samsvar med krav som forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helse- Og Omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Kirchhoff, 2013).

Helsepersonellovens formål er å skape tillit til helse- og omsorgstjenesten og sikre pasientene kvalitet og sikkerhet (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonell må også forholde seg til faglige retningslinjer, normer og funksjonsbeskrivelser for å sikre pasienter faglige forsvarlige tilbud (Hansen & Hunskår, 2016; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie.

Sykepleiere skal ivareta behovet for helhetlig omsorg, lindre lidelse og handle til det beste for pasienten. Sykepleiere har også et ansvar for å holde seg oppdatert og anvende ny kunnskap i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I følge Kirchhoff (2013) er begrepet nødvendig helsehjelp ikke spesifisert i loven eller forskrifter. Dermed åpnes det for at aktørene som vurderer, tildeler og utøver helsehjelpen kan utøve skjønn.

Bukve og Kvåle (2014) hevder at begrepet ansvar både refererer til en dyd – kjennetegnet ved ansvarlig aktør og ansvarlig atferd, og en sosial relasjon- sosiale mekanismer når ansvar for en hendelse eller tilstand blir gjort gjeldende. Flere ansvarsrelasjoner kan sameksistere i en kompleks organisasjonskontekst, siden ulike institusjonelle styringssystem etablerer sine særskilte former for ansvarsrelasjoner. Flere politiske styringsdokumenter setter samhandling som forutsetninger for å utvikle tjenester av høy kvalitet i helsetjenesten (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009, 2013, 2015a, 2015b; Willumsen & Ødegård, 2017).

Neumann, Olsvold og Thagaard (2016) hevder at sykepleie og medisinsk behandling er sammenfiltret slik at usikre ansvarsforhold kan oppstå. Dette fordi utøvelse av sykepleie henger nøye sammen med å tilrettelegge, koordinere og følge opp medisinsk behandling, like mye som pleie og omsorg. Dette forplikter partene til gjensidig samhandling.

2.2.3 Kompetanse og skjønn

I følge Busch (2012) er de to viktigste dimensjonene i kompetanse, kunnskaper og ferdigheter. Kunnskap representerer teoretisk innsikt om utførelse av spesifikke oppgaver, bygget på et teoretisk fundament. Ferdigheter er evnen til å utføre en bestemt handling i praksis. I tillegg er etisk kompetanse vesentlig i helsetjenestens kompetanseområder. Pasientsituasjonene er komplekse og unike. Derfor må profesjonelle, i tillegg til teoretisk og handlingskompetanse også være i stand til å bruke skjønn, og velge handlinger ut fra sin vurdering av situasjonen.

2.2.4 Kommunikasjon, samhandling og anerkjennelse

Thornquist (2016) skriver at kommunikasjon er del av alt klinisk arbeid, og kommunikasjon og samhandling er avhengig av kontekst. Det finnes symmetriske og asymmetriske forhold ved kommunikasjon. Den symmetriske er preget av likeverd, gjensidig anerkjennelse, fortrolighet og samhandling mellom partene. Den asymmetriske er preget av at den ene har mer makt enn den andre og inneholder begrepene status og rolle. Roller skapes i samhandling og er knyttet til hvordan status utformes. Status er knyttet til rettigheter og plikter man må følge. Reelt samarbeid forutsetter gjensidig tillit mellom partene og at begge parters erfaringer og kompetanse tas hensyn til. Faren er å ureflektert påta seg en autoritær stil, som paternalisme, eller ureflektert en underdanig stil, som serviceorientering, i samhandling. Dette gir hierarkisering og dårlig samhandlingsmønster. Ved paternalisme kan den enes erfaringer og vurderinger underkjennes av den andre. Ved serviceorientering kan faglig kompetanse og ansvar underkjennes.

I følge Tjora og Melby (2013) er medisinsk autoritet hierarki som eksisterer mellom de forskjellige profesjoner. Jo nærmere akutte tjenester en profesjon er, desto høyere status innehar den.

2.2.5 Informasjonsflyt- hensikt og kvalitet

Orvik (2015) skriver at organisatorisk kvalitet i pasientoverganger innebærer å sikre kontinuitet og samhandling. For å sikre kontinuiteten er utveksling av skriftlig og muntlig informasjon viktig. Instanser benytter koder som tillegges egen mening av og formidling til informasjon. Felles meningsinnhold og fellesforståelse styrkes gjennom samme bruk av koder. Forskning om pasientoverganger har primært vært rettet innad i spesialisthelsetjenesten, og viser at legemiddelopplysninger og sykepleiedokumentasjon er en særlig utfordrende. Brist kan medføre at pasienttiltak kan bli utsatt og dermed true pasientsikkerheten. I SHR beskrives brudd i informasjonsflyten å føre til sviktende grunnlag for kliniske beslutninger (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009).

Aase (2015) hevder at for å styrke kontinuitet og samhandling i overganger mellom helsetjenestenivåer er utveksling av informasjon en viktig handling.

Neumann et al. (2016) hevder at man tar ansvar for organisering av arbeidet ved å kommunisere og informere om hva man har gjort og ikke.

Pasientoverganger innebærer stor fare for at informasjon mistes, overses eller feiltolkes. Dette kan være potensielle risikosituasjoner og true pasientsikkerhet og tjenestekvalitet.

Arbeidskonteksten kan gjøre at sykepleiere mangler felles forståelse med hensyn til informasjon, til tross for samme utdanning. Standardskjemaer ved inn/utskrivelse av pasienter bør tilpasses lokale forhold. (Bukve & Kvåle, 2014).

3. Metode

Metode handler om fremgangsmåte (Bjørk & Solhaug, 2015). Det skilles mellom to hovedtyper metoder innen forskning: kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ metode vektlegger utbredelse og tall for å finne gjennomsnitt og prosent (Bjørndal & Hofoss, 2015). Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning hvor vi går i dybden for å fange opp og gi kunnskap om blant annet meninger, erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017).

3.1 Kvalitativt design

Med design menes en plan for hvordan studien skal gjennomføres. Designet man benytter skal egne seg til å belyse studiens hvem, hva, hvor og hvordan (Thagaard, 2013). Min studie har til hensikt å ta rede på erfaringer og meninger sykepleiere på KAD og kommunal legevakt har om samhandling dem i mellom. Da er kvalitativt design hensiktsmessig, da dette bygger på menneskelig erfaring og fortolkning.

3.2 Kvalitativ metode

Valg av metode bestemmes av tittel og hensikt eller problemstilling, slik at konsistensen i studien er tilstede (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning skal man utforske meningsinnhold i fenomener, slik det oppleves av den enkelte, for å øke forståelsen for og innsikten i, den enkeltes subjektive opplevelse (Polit & Beck, 2017). Denne type forskning passer godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017). For å få frem sykepleiernes erfaringer fra dagens praksis i samhandling mellom kommunal legevakt og KAD, var derfor anvendelse av kvalitativ metode en naturlig og hensiktsmessig tilnærming.

3.2.1 Intervju som datainnsamlingsmetode

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode skal man systematisk sammenfatte materialet for å kunne beskrive, analysere og drøfte fenomener man ønsker å belyse. Første steg i prosessen innebærer å samle inn data, som kan foregå ved intervju, individuelle eller i grupper, observasjoner, spørreskjema med åpne svar eller metaanalyse (Malterud, 2017).

Intervju har som formål at de intervjuede gir omfattende informasjon på de temaene som blir tatt opp, slik at deres erfaringer, tanker og følelser kommer tydelig frem (Thagaard, 2013).

Denne studien har et helsepersonellperspektiv hvor det er de ansatte på KAD og kommunal legevakt sine erfaringer og meninger om fenomenet samhandling som jeg ønsker å belyse. Jeg valgte derfor individuelle semistrukturerte intervju som datainnsamlingsmetode. I denne type intervju er temaene definert på forhånd, men rekkefølgen er fleksibel og avgjøres i dialogen. Dette for at jeg skal kunne følge opp med spørsmål underveis i informantenes fortellinger, slik at intervjusituasjonen blir en samtale mellom meg som forsker og informantene (Malterud, 2017).

Semistrukturerte intervju krever en intervjuguide for å holde fokus på forskningsspørsmål ved gjennomføring av intervjuene. Min intervjuguide (vedlegg nr.1) ble laget med utgangspunkt i min tittel, forskningsspørsmål, teori og egen erfaring.

Ved å benytte meg av en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål om temaene, slik som «kan du fortelle om ...» kan jeg lettere finne balansen mellom det å styre og inneha fleksibilitet (Malterud, 2017). Jeg inviterer da informanten til å fortelle fritt og dele erfaringer, slik at jeg ikke styrer samtalen inn mot min forforståelse. Jeg kan samtidig styre samtalen slik at jeg får belyst de temaene jeg ønsker (Thagaard, 2013).

Jeg valgte å dele intervjuguiden inn i hovedspørsmål med oppfølgingsspørsmål, i tråd med hva Thagaard (2013) anbefaler. Hovedspørsmålene omhandler temaer rundt erfaringer om samhandling og kommunikasjon, og konsekvenser av samhandling. Under hovedspørsmålene har jeg oppfølgingsspørsmål som inneholdt mer detaljerte spørsmål. Dette for å få informanten til å utdype temaet eller beskrive konkrete hendelser (Thagaard, 2013). Herunder kan jeg også legge inn «Kan du si mer om», «hvordan opplever du?» Dette tydeliggjør informantens reaksjoner, opplevelser, meninger og holdninger noe som er viktig for den senere tolkningen av materialet. Jeg vil også benytte prober, ja, mmm og nikke, for å signalisere interesse og et ønske om mer informasjon (Thagaard, 2013). Ledende spørsmål skal jeg unngå, da dette i følge Thagaard (2013) kan gi informanten en formening om hva jeg forventer at han/hun skal svare. Jeg skal inneha en lyttende holdning i intervjusituasjonen, slik at informanten og jeg sammen kan utvikle mening, i tråd med hva Thagaard (2013) beskriver. Jeg hadde veiledning hvor jeg fikk gode og nyttige råd i utarbeidelsen av intervjuguiden.

3.3 Utvalg

Det er ulike typer utvalg for kvalitative metoder. Ikke-tilfeldig, strategiske og bekvemmelighetsutvalg er noen eksempler (Malterud, 2017). Et avgjørende prinsipp i forhold til utvalg er at de skal være egnet til å utforske problemstillingen (Thagaard, 2013). Utvalget i

denne studien er strategisk i tråd med studiens hensikt, noe som innebærer at deltakerne velges ut fra kvalifikasjoner og egenskaper som er strategiske i forhold til forskningsspørsmål eller problemstilling (Thagaard, 2013).

Jeg valgte å intervju sykepleiere fra hver av de to helseinstansene. Dette fordi det er vanskelig å belyse begrepet samhandling sett fra kun ett av to perspektiv. Dataene og nyansene vil bli bedre og sterkere når informanter fra begge sider i kommer til orde. Inklusjonskriteriene mine var sykepleiere med bachelor eller høyere utdanning ansatt ved legevakt/KAD minimum et år og innehadde minimum 50% stilling.

3.3.1 Utvalgsprosessen

Rekruttering av informantene foregikk ved at jeg først kontaktet lederne ved de to helseinstansene per telefon og fortalte om studien. Lederne stilte seg positive til å la ansatte delta i studien. Det ble avtalt at tilgang til forskningsfeltet, informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2, 3 og 4) skulle oversendes lederne skriftlig og at leder skulle distribuere informasjonsskriv og samtykkeerklæring til sykepleierne leder valgte ut til deltagelse. Utvalget av informanter ved den enkelte instans er for meg ukjent og hvorvidt det kan betegnes som tilfeldig eller at leder valgte de hun tenkte passet best, vites ikke. Likevel valgte jeg denne fremgangsmåten i utvelgelse av informanter.

Jeg fikk tillatelse av lederne ved instansene til selv å kontakte informantene på telefon for å avtale tid og sted for intervjuene.

3.3.2 Resultat av utvalgsprosessen

Informantene var 3 sykepleiere ansatt på KAD og 3 sykepleiere ansatt ved kommunal legevakt, valgt av leder for deltagelse. Informantene var mellom 35 og 58 år. De har vært sykepleiere i 10-22 år, og har jobbet på sine respektive avdelinger i 3-10 år. De fleste hadde videreutdanning innen ulike retninger innenfor sykepleie, og samtlige hadde jobbet innen andre deler av helsesektoren.

3.4 Forskningsetiske betraktninger

Ved bruk av kvalitativ metode innen forskning finnes det lover og retningslinjer både internasjonalt og nasjonalt for gjennomføringen. Norsk senter for forskningsdata (NSD) forvalter retningslinjer for beskyttelse av personvernet og skal vurdere juridiske forhold ved forskningsprosjekter. NSD skal godkjenne fremgangsmåte som benyttes ved kontakt med informanter, oppbevaring av båndopptak og lagring og behandling av data (NSD, 2018).

Dette for å sikre pasientenes rettigheter, at sensitive data ikke kommer på avveie, og at data blir anonymisert og behandlet konfidensielt.

Denne studien forutsatte behandling av personopplysninger av indirekte karakter og var dermed meldepliktig til NSD. Personopplysninger i mitt prosjekt er to underskrevne «tilgang til forskningsfeltet», seks underskrevne samtykkeskjemaer, en båndopptager med seks intervju og seks transkriberte intervjuer.

Mitt prosjekt ble meldt NSD i oktober 2017. Jeg forberedte søknaden og veileder sto som prosjektleder, og godkjente søknaden før innsending, i tråd med hva Malterud (2017) anbefaler. Svar fra NSD forelå 1.11.17 (vedlegg 5) med godkjenning til å gjennomføre prosjektet. Jeg måtte henvende meg til NSD en gang senere, da jeg så det som mest hensiktsmessig å kunne oppbevare båndopptageren hjemme i låsbart skap, for å lytte til intervjuene under analysen. Svar på denne forespørselen forelå 13.12.17 (vedlegg 6).

Det er krav om å få godkjenning fra ledere i institusjoner hvor forskningen skal skje (Bjørk & Solhaug, 2015). Dette ble innhentet fra lederne muntlig, da jeg henvendte meg til dem, og skriftlig, ved at de måtte signere min søknad om tilgang til forskningsfeltet.

De etiske retningslinjer for prosjekter fremhever respekt for menneskers privatliv, deres anonymitet, og retten til å delta eller ikke. Deltagelse i forskningsprosjekter er basert på frivillighet og informert samtykke (Thagaard, 2013). Informert samtykke er en spesifisering av prinsippet om respekt for autonomien (Ruyter et al., 2014) og innebærer at forskeren skal vise respekt for informantenes grenser. Informantene skal også ha fått informasjon om frivillig deltakelse (Thagaard, 2013).

Søknad om tilgang til forskningsfeltet, informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2, 3 og 4) ble oversendt lederne skriftlig, som distribuerte skjemaene til sykepleierne, valgt av leder til deltagelse. På denne måten kunne de lese igjennom informasjonsskrivet og skrive under samtykkeerklæring før jeg tok kontakt for å avtale tid og sted for intervjuene.

Samtykke, samt deres rett til å trekke seg fra studien til enhver tid, var også noe jeg gjentok før hvert intervju. Signert «Forespørsel om tilgang til forskningsfeltet» og signerte samtykkeerklæringer er oppbevart i henhold til retningslinjer ved Lovisenberg diakonal høyskole (vedlegg 7).

Sensitive data skal behandles med varsomhet (Kvale & Brinkmann, 2015): prinsippet om å unngå å forårsake andre skade (Ruyter et al., 2014). Dette innebærer å sikre anonymitet for de involverte partene. Denne sikres gjennom riktig oppbevaring av de innsamlede dataene (Malterud, 2017). Intervjuene ble tatt opp med min egen båndopptaker, og oppbevart i låsbart

skap. Disse opptakene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. De transkriberte intervjuene er oppbevart på pc beskyttet med passord.

Konfidensialitet innen forskning innebærer også at forskeren må anonymisere data om informantene når resultatet av undersøkelsen presenteres (Thagaard, 2013). Jeg informerte informantene om at alle data vil bli anonymisert av hensyn til deres personvern og at de ikke skal kunne bli gjenkjent gjennom materialet. Dette har jeg gjort ved å anonymisere all tekst ved å skrive om fra dialekt til bokmål. Jeg har også i noen tilfeller gjort det Malterud (2017) beskriver som fordreiet dokumentasjon, ved å skrive sammen to utsagn til ett. Dette for at det ikke skal kunne leses ut fra teksten hvilken informant som er sitert. Jeg har også valgt å ikke beskrive informantene mer enn det jeg gjorde under punkt 3.3.2. for at de ikke skal kunne gjenkjennes innad i kommunen studien foregår og slik beskytte informantene. I resultatdelen vil heller ikke utsagn være presentert som annet enn KAD og legevakt (LV).

3.5 Forforståelse

Forforståelse vil si de kunnskapene og erfaringene vi bærer med oss inn i forskningen (Malterud, 2017).

Gadamer (2012) hevder at forskerens forforståelse er en forutsetning for å forstå og kunne forholde seg i forskningsprosessen. Forskeren vil alltid ha et utgangspunkt i en erfaring og en mening som kvalifiserer til gjenkjenning, til innsikter og til å unngå misforståelser. På den andre siden kan erfaringer og innsikter skygge for nye kunnskaper som ligger latent i datasamling og datamateriale. Jakobsen (2012) kaller dette egen kulturell hjemmeblindhet. Som forsker må jeg forholde meg aktivt til min potensielle blindhet for å åpne for informantenes erfaringer. Det er viktig at forskeren reflekterer over sin forforståelse for å styrke forskningens validitet (Bjørk & Solhaug, 2015.)

Jeg har mange års erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten, noe som gir god kjennskap til pasientgruppen, sykepleiernes roller og utfordringer, og til helsevesenet i kommunen generelt. Jeg har også vært ansatt i en av de instansene studien omhandler. Jeg ser på denne studien som en positiv blanding av at informantene har bidratt med sin praktiske kunnskap og erfaring og meg selv som forsker med teoretisk kunnskap og analyse av dataene som samles inn. En forsker vil påvirke forskningsprosessen og resultatet uansett skriver Malterud (2017), og jeg så at min forforståelse også kunne gjøre det lettere å stille spørsmål og velge tittel. Jeg mener mitt ønske om å sette dette på dagsorden ville være til stor hjelp for de involverte parter, og kanskje andre deler av helsesektoren. Det viktigste i forskning er at dataene reflekterer deltakerens meninger og synspunkter, og ikke min

tilhørighet, for å sikre gyldighet og pålitelighet (Malterud, 2017). Og dette har jeg jobbet aktivt med.

3.6 Innsamling av data

Pilotintervju, intervjuene og transkribering er datainnsamling i denne studien.

3.6.1 Pilotintervju

Jeg ønsket å gjøre meg erfaringer med selve intervjusituasjonen, og valgte derfor å gjennomføre et pilotintervju, i tråd med Thagaard (2013) som sier at pilotintervju kan gi god trening. Min hensikt var å prøve ut intervjuguiden og intervjusituasjonen, for å få tilbakemelding på spørsmålenes innhold, form og struktur, samt min rolle som forsker. Jeg valgte å gjennomføre pilotintervjuet på en av informantene.

I etterkant av pilotintervjuet drøftet jeg med informanten hvordan spørsmålene fungerte, og hvordan situasjonen opplevdes og hva informanten mente om meg i denne situasjonen. Vi var begge enig om at samtalen ble oppstykket og litt anstrengt ved et par av oppfølgingsspørsmålene. Disse ble derfor fjernet. Informanten sa at jeg som forsker hadde en rolig fremtoning som innbydde til fortelling.

Jeg merket mitt engasjement for saken da jeg allerede i mitt hode var inne i analysearbeidet, og spurte informanten om hun med svaret hun avga ”hentydet til makt”. Informanten lot seg ikke synbart påvirke av dette, og sa i etterkant at det hadde hun ikke tenkt på underveis. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at analyse og tolkning i stor grad pågår under intervjuet, noe jeg tydelig merket i denne situasjonen. Informanten hadde rike fortellinger slik at pilotintervjuet ga rik og meningsfylt informasjon. Pilotintervjuet er derfor inkludert i studien.

3.6.2 Intervjuene

Det ble avtalt at intervjuene skulle gjennomføres på informantenes arbeidsplass. Dette kan være en fordel fordi informantene vil føle seg komfortable i kjente omgivelser og dermed bli oppmuntret til å snakke om emnet (Thagaard, 2013). Min erfaring var at samtlige opplevde det som positivt at intervjuene foregikk på arbeidsplassen.

Intervjuene ble gjennomført til avtalt tid og sted, i løpet av to måneder, høsten 2017 og tok mellom 38 og 64 min. Jeg foretok intervjuene med lydbåndopptak og benyttet meg samtidig av penn og papir slik at jeg kunne skrive opp spesielle hendelser, uttrykk og lignende, som ikke lar seg fange opp på lydbåndopptak (Thagaard, 2013).

Før intervjuene startet gjentok jeg informasjonen fra informasjonsskriv og informerte informantene om retten til å trekke seg når som helst under, eller i etterkant av intervjuet. Innledningsvis startet jeg med det som i litteraturen omtales som faktaspørsmål, med hensikt å finne ut informantenes utdannelse, erfaring og kompetanse. Slike spørsmål er lette å besvare, og kan skape vennlig atmosfære og tillit (Thagaard, 2013). Jeg hadde lest gjennom intervjuguiden mange ganger, slik at jeg kunne følge informantene i deres fortellinger. Dermed tilpasset jeg spørsmålene slik at de fungerte som respons på det informanten fortalte. Thagaard (2013) skriver at dette kan skape kontroll over situasjonen og spørsmålene for forskeren, og at situasjonen kan bli preget av gjensidighet. Underveis i intervjuet benyttet jeg ” Kan du fortelle mer om”, ” hva mener du med”, og prober, slik som beskrevet under 3.2.1 Informantene uttrykte i etterkant at det var interessant tema, som de ikke hadde tenkt på denne måten tidligere. De sa det ville bli interessant å få vite hva de andre informantene, og da særlig de fra den andre instansen, uttrykte om dette. Jeg merket til tider under intervjuene at jeg ble veldig engasjert, da flere av informantene snakket om situasjoner jeg kunne kjenne meg godt igjen i. Det krevdes disiplin fra min side for å holde meg til intervjuguiden, og ikke la samtalen skli ut. Informantene var aktive og fortalte engasjert og fritt og jeg fikk rike data.

3.6.3 Transkribering

Transkribering handler om renskrivning av intervju der formålet er å gjengi skriftlig det informantene har sagt for å klargjøre datamaterialet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg utførte transkriberingen fortløpende etter hvert intervju selv, noe Malterud (2017) anbefaler for at teksten skal være mest mulig lojal mot det opprinnelige materialet. Jeg fikk på denne måten gjennomlyttet intervjuene skikkelig, og ble godt kjent med materialet. Å gjennomlytte materialet er også første trinn i Graneheim og Lundman (2003) sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse. Transkriberingen ble gjort etter Kvale og Brinkmann (2015) sin anbefaling om å transkribere ordrett og jeg inkluderte pauser, dialekt, latter og alle ” mmm”, ” på en måte” og ” liksom” for å beholde nærheten til materialet.

3.7 Analyse

Jeg har i min analyse tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2003) sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse. Denne kjennetegnes av en frem-og-tilbake prosess mellom helheten og delene i datamaterialet. Den fokuserer både på det teksten sier og det den handler om, for å finne ut hva materialet egentlig forteller. Nedenfor vil det bli gitt en oversikt over

analysens forskjellige trinn, i følge artikkelen, samt mine refleksjoner og valg som har ført til mine funn og resultater. Jeg har hatt mine forskningsspørsmål i bakhodet, slik at jeg skal ta med det som belyser forskningsspørsmålene og hensikten med studien.

Første trinn i analyseprosessen innebærer i følge Graneheim og Lundman (2003) å gjennomlytte lydfilene og gjennomlese tekstmaterialet flere ganger for å danne et helhetsbilde. Jeg gjennomlyttet materialet mange ganger, og laget en renskrevet versjon av de transkriberte intervjuene, hvor jeg eliminerte overflødig tekst som ikke ga mening eller ikke hadde betydning for innholdet. De renskrevne utgavene la jeg i hvert sitt word-dokument og inndelte i tabell med en rute for hvert trinn i analysen. Mine benevnelser står på hvert trinn og Graneheim og Lundman (2003) sine i parentes.

Andre trinn i artikkelen er å finne meningsbærende enheter (meaning unit), som er ord og setninger som inneholder viktige aspekter i teksten (Graneheim & Lundman, 2003). I tabellen gullet jeg over det jeg fant som meningsbærende enheter. Enkelte meningsbærende enheter var presise utsagn, mens andre var historier.

Tredje trinn i artikkelen, 1. meningskondensering ("Condensed meaning unit").

Kondensering er å forkorte teksten mens kjernen i innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2003). Jeg skrev i tabellen en kortfattet versjon av de meningsbærende enhetene uten å tolke innholdet. Jeg beholdt meningen og kjernen i de meningsbærende enhetene.

Fjerde trinn i artikkelen, 2. meningskondensering ("Condensed meaning unit interpretation of the underlying meaning"). Her skal teksten ytterligere forkortes (Graneheim & Lundman, 2003). Her skrev jeg i tabellen en forkortet versjon av 1. meningskondensering, hovedsakelig med informantenes ord.

Femte trinn, finne Sub-tema ("Sub-theme"). Sub-tema er den gjennomgående meningen gjennom den kondenserte teksten. Her grupperes meningsinnholdet på et høyere nivå, å abstrahere (Graneheim & Lundman, 2003). Her la jeg i tabellen inn en sammenfatning og fortolkning av informantenes utsagn.

Utfra sub-tema utviklet jeg Tema ("Theme"), som er siste trinn i artikkelen. Tema er uttrykk for det underliggende i teksten, det vil si den latente meningen (Graneheim & Lundman, 2003). Jeg skrev i tabellen min tolkning av den samlede meningen av teksten.

Analyseprosessen resulterte i noen foreløpige temaer som gikk igjen: pasientsikkerhet, kommunikasjon/informasjonsutveksling, ulike rammefaktorer og mulige forbedringer. Under hvert av de foreløpige temaene kom jeg frem til 2-3 sub-temaer.

Kvalitative tilnæringer knyttes til fortolkende teorier (Thagaard, 2013), derfor vil jeg også inneha en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming til analysen. Hermeneutisk handler om å veksle mellom helheten i og deler av materialet. Fenomenologisk handler om å forstå utfra subjektets eget perspektiv (Thornquist, 2015).

Jeg arbeidet meg gjennom analyseprosessen som beskrevet i trinnene flere ganger. Dette har vært utfordrende og tidkrevende, slik Graneheim og Lundman (2003) også beskriver. Jeg fant det også vanskelig å skille relevant tekstmateriale fra irrelevant. Jeg la enhetene med samme meningsinnhold over i egne word-dokumenter. I denne prosessen har jeg flyttet enkelte enheter over i andre sub-tema, og endret navn på enkelte sub-tema og tema.

Tabell 3.1. Eksempel på kondenseringsprosessen

Meningsbærende enheter	1.Menings-kondensering	2.Menings-kondensering	Subtema	Tema
Jeg kan jo bli litt påvirket, jeg kan tenke at jeg blir litt kort tilbake, hvis de er litt sånn, korte til meg da, litt sånn der uff, isch, æsj hva er det nå da du ringer om? Da er det ikke alltid at jeg sikkert har dagen jeg heller da vet du, så da kan jeg kanskje svare litt sånn kvast tilbake, at det var ikke det jeg ringte for.	Jeg kan bli påvirket, ved å bli kort tilbake, hvis de er korte og kommer med uff, isch, hva ringer du for nå da? Da kan jeg bli kvass tilbake	Jeg blir påvirket av måten jeg blir møtt på i telefonen. Er de korte og negative blir jeg kort og kvass.	Imøte-kommende	Gjensidig respekt

Veileder har delvis vært min medtolker. Vi har diskutert de ulike trinnene i analyseprosessen for å sikre at sub-tema og tema omhandlet essensen i mitt materiale og vi har utfordret hverandre på steget fra hva som sies til hva det snakkes om. Dette har vært en uvurderlig god hjelp.

Thagaard (2013) skriver at materialet skal rekontekstualiseres. I praksis betyr det at jeg sammenfattet hvert tema og sammenhengen mellom dem, ved hjelp av forskningsspørsmål, til tekst som var lojal mot intervjuobjektene utsagn og som fremstilles under 4.0. Resultater.

3.8 Metodiske betraktninger

At en annen forsker ville kommet frem til samme resultat er lite trolig, fordi dataene er utviklet i samhandling mellom meg som forsker og «mine» informanter, der og da. Dermed er det viktig å gi nøyaktig beskrivelse av forhold ved seg selv, informantene, intervjusituasjonen og de anvendte metodene for at prosessen skal være så transparent som mulig (Tjora, 2017). Dette blir beskrevet i dette metodekapittelet, og vil gi eventuelle lesere mulighet til refleksjon og etterprøving av mine valg.

I ettertid ser jeg andre elementer i datamaterialet mitt enn det jeg hadde en formening om å finne. Dette kan ha sammenheng med at jeg endte opp med å velge perspektiv fra sykepleiere ved to ulike helseinstanser slik at materialet mitt ble mer nyansert.

3.8.1 Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet er benyttet som indikatorer på kvalitet i forskning (Tjora, 2017). Disse begrepene vil jeg forklare i dette avsnittet som ledd i studiens kvalitet.

Pålitelighet, reliabilitet, handler om sammenhengen gjennom forskningsprosjektet (Tjora, 2017), og om hvor godt forskeren har gjort rede for hvordan data er utviklet og sine egne relasjoner til deltagere og miljøet (Thagaard, 2013). For å ivareta reliabiliteten har jeg dokumentert forskningsprosessen så nøyaktig som mulig. Min forforståelse er beskrevet i 3.5. I hele studien, både til informantene og mitt innsamlede materiale, har jeg stilt mest mulig åpne, reflekterende spørsmål.

Gyldighet, validitet. Studiens oppbygging og funn skal henge sammen med de spørsmål man ønsker svar på (Tjora, 2017). Validitet handler om hvor gyldig tolkningene er, hvor godt resultatet representerer det som er forsket på (Malterud, 2017). Malterud (2017) skiller mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet er om gyldigheten innad i teksten, hvor godt tema belyser de innsamlede data, mens ekstern validitet handler om gyldigheten for overføring til andre sammenhenger. Se generaliserbarhet.

Denne studien er basert på min tittel og mine forskningsspørsmål, teori, tidligere forskning og egen erfaring. Jeg hadde et bevisst fokus på fag og forskningsspørsmål da jeg gjennomgikk og analyserte datamaterialet mitt for å holde fokus på hensikten hele tiden. Å lage en sammenhengende oppbygging var utfordrende da jeg syntes det kom veldig mye interessant fra informantene som jeg gjerne også skulle henvist til og sitert i denne studien. Fordelen er at det har vært lite utfordrende å finne meningsfulle data og sitater. Malterud, Siersma og

Guassora (2015) hevder at det ikke er størrelsen på utvalget som er viktigst i kvalitativ forskning. Jo mer relevant informasjon for studien dataene inneholder, jo færre informanter er nødvendig. Jeg så tendenser i mitt materiale som var interessante og at hovedtendensen ville bli mye det samme, slik at jeg sannsynligvis ikke ville få mer varierte data selv om jeg inkluderte flere. Jeg anser derfor at antall informanter var tilfredsstillende for min studie. Noe som kan svekke påliteligheten er at jeg har sammenfattet et par av sitatene i framstillingen av resultatene. Malterud (2017) beskriver dette som fordreiet dokumentasjon. Min hensikt med dette var å styrke personvernet til informantene, da enkelte sitater hadde mange gjenkjennbare tegn. Samtidig viste sitatene tydelig hva saken handlet om, slik at jeg fant det verdifullt for studien å ta de med. Alt mitt innsamlede materiale er kritisk gjennomlest og deler av studien er drøftet med veileder, som ledd i intern validitet.

Generaliserbarhet, overførbarhet, handler om forskningsprosjektets relevans utover det det er forsket på (Tjora, 2017). Det kan alltid tenkes at en annen gruppe informanter, en annen forsker og forskning i en annen kommune, ville gitt andre svar, enten på grunn av informantene, meg eller selve organiseringen innad i institusjonene. Jeg har redegjort for detaljene i denne studien, slik at det blir opp til leseren å vurdere hvorvidt funnene har gyldighet for han/henne (Tjora, 2017). Studien foregikk i en forholdsvis liten kommune, og større kommuner kan kanskje ikke se at det er overførbarhet. Til tross for dette antar jeg at studien forteller noe om erfaringer knyttet til samhandling mellom instanser. Drøftingen viser at flere av funnene samsvarer med annen litteratur, slik at det er rimelig å anta at det finnes fellestrekk på tvers av kontekst. Dette beskrives i kapittel 5.

I kapittel 4.0. Resultat, presenteres resultatene av analyseprosessen. Resultatene er underbygget med sitater fra informantene for at eventuelle lesere lettere skal «høre stemmene» til informantene (Tjora, 2017).

4. Resultat

I analysen av intervjumaterialet identifiserte jeg 3 tema, med 2 subtema under hvert tema.

Tabell 4.1. Resultat

SUBTEMA	TEMA
- UAVKLART ANSVAR - UAVKLARTE FORVENTNINGER	ANSVARSFORHOLD
- FAGLIG IDENTITET (TRYGGHET) - IMØTEKOMMENHET	GJENSIDIG RESPEKT
- INFORMASJONSFLYT - INFORMASJONSINNHOOLD	INFORMASJONSUTVEKSLING

Utsagn spesifikke for enhetene er merket med KAD eller LV, der det er vesentlig.

Informantene erfarer forandringer i samhandlingen etter innføring av SHR. De sier at de har fått større ansvar og flere oppgaver. Pasientgruppen er endret med stadig større omfang og kompleksitet. Viktigheten av samhandling har dermed økt sier de.

4.1 Ansvarsforhold

For informantene er det mange faktorer som må avklares mellom partene i samhandlingen. De opplever henvendelser som de tenker at ikke er avklarte pasientsituasjoner eller avklarte forhold.

4.1.1 Uavklart ansvar

Oppfølging av personer med omfattende behov for tjenester krever bred tilnærming på tvers av enheter innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom ulike sektorer. Informantene erfarer at pasientene skrives for tidlig ut fra sykehus til hjemmet eller korttidsopphold. Dette medfører at de ikke er friske ved utskrivelse, de er bare litt mindre akutt syke. Dermed legges de inn på KAD eller sendes til legevakt, og derfra inn på KAD eller sykehus. Informantene uttrykker det slik:

Det er mye folk som er for dårlige til å skrives ut. De kommer kanskje rett hjem, så er det inn på KAD og så er det inn på legevakt. Det er en evig runddans.

Disse pasientene krever samhandling enten de er i hjemmetjenesten, innlagt på KAD, akkurat kommet til KAD fra sykehus eller de er på legetilsyn på legevakt og trenger videre oppfølging i kommunen, sier informantene. Det påpekes at pasientene ikke får plass på korttidsavdeling eller sykehjem og er for friske for sykehus. De kan heller ikke sendes hjem da det for mange av dem ikke er tilstrekkelig med hjemmesykepleie.

Dette er ofte pasienter som faller mellom to stoler for de kan ikke være hjemme og er kanskje ikke så dårlige at de trenger sykehusopphold der og da. De kan være i en startfase av helseproblemer, som for dem kan slå begge veier, de kan bli verre hvis de ikke følges opp eller bli bedre med litt hjelp.

Informantene erfarer at de må ta ansvar for disse pasientene som egentlig ikke passer inn noen steder.

LV: De som kommer til oss som har behov for tilsyn, da sitter vi i den situasjonen at vi kan ikke sende dem hjem. Ofte er det sånn at sykehus ikke vil ha dem, fordi de er ikke kandidater for sykehus. Hvis KAD da er fullt så opplever vi å være mellom barken og veden.

Psykiatriske og rusavhengige pasienter anses av informantene som den pasientgruppen det er vanskeligst å hjelpe. Denne pasientgruppen stiller store krav til instansene, fordi problemene er så sammensatte og komplekse. Behandlingen krever at hjelpeapparatet er godt koordinert, noe det ikke alltid er, hevder flere av informantene.

Ingen vil ha psykiatri-rus pasientene, de kommer ikke inn på psykiatrisk institusjon så lenge de er ruspåvirket, somatiske sykehus vil ikke ha dem for de er psykiatriske pasienter og KAD er ikke kvalifisert til å ta vare på så spesielle sykdommer. Så det er en pasientgruppe som virkelig faller utenom. Vi står egentlig litt med hendene i været og sier ”vi kan ikke hjelpe”.

Informantene sier det er ønskelig med god samhandling for å sikre pasientene som trenger det en KAD plass. Det skal avklares hvilke helseproblemer pasienten har, hvilken behandling pasienten trenger, og hvilket funksjonsnivå pasienten har. Avklaringen kan ses som et samarbeid og en forhandling mellom partene, for å sikre det beste for pasienten.

Den tjenesten vi skal yte blir ikke bra hvis vi ikke kan samhandle. Alle tjenestene vi yter her så er samhandling hovedkortet i hele prosessen. Du kan ikke sitte på ei tue å bestemme og ordne alt selv.

KAD; Vi kan hjelpe til å ta en vurdering på om er det KAD eller sykehus? Noen ganger får vi pasienter som vi tenker hvorfor kan ikke dere reise hjem? Med hjemmesykepleie? Hvorfor må pasienten på KAD? Hadde pasienten hatt det best av å være i sitt eget hjem?

Informantene snakker om at de har ansvar for ulike sider av pasientomsorgen, der legevakt har ansvar for den mer akutte siden og KAD har i tillegg til det, den mer helhetlige siden. Det er fra begge instanser ønskelig at man forholder seg til hverandre på en klar måte som er innenfor den andres rammer.

KAD; De hadde ikke noe bestilling på pasienten vi skulle få, så sa jeg, «men det må jo være noe vi skal gjøre ellers så skal han ikke inn her», «nei men det måtte da kunne gå an å observere en pasient her og liksom». «Jada sa jeg, vi kan observere, men hva skal vi observere? Er det ernæring, væske, pusteproblemer, hjerte eller?» «Nei det var liksom hele pakken da». De var veldig lite interessert i å fortelle hva det var for noe med han, skulle bare få han inn virket det som.

LV; De kan tenke” men nå har jeg varslet legevakt så nå er det ikke mitt ansvar lenger, men det er det, og når du ikke kan si meg blodtrykk og puls og i det hele tatt puster pasienten, så er det ikke så godt å sitte her.

4.1.2 Uavklarte forventninger

Informantene fremhever at de har ulike rammer de jobber innenfor, og ulik fagkompetanse. Derfor kan de ha ulike forventninger til hverandre i samhandlingen.

Fra KAD meldes det om at det må være en klar bestilling på hva sykepleier skal gjøre for og med pasienten, som hva som skal observeres og behandles og hvilke medisiner og tiltak de skal iverksette.

KAD; Når pasienter kommer på KAD så skal de ha med seg et skriv der bestillingen står, de kommer jo inn for en observasjon eller en behandling som vi skal sette i gang. Det er noen ganger bare et lite skriv hvor det står «gi Ringer igjennom helgen» Det er greit, vi gjør det, men det er litt lite informasjon vi får. Da blir det ekstra jobb for oss.

LV snakker om bestilling i den forstand at de mener sykepleier på KAD bør ha en viss formening om hva det dreier seg om av plager pasienten har, eventuelt hva som har skjedd eller er i ferd med å skje med pasienten da de ringer. Det er ingen vits i å tenke lårhalsbrudd hvis pasienten har feber sier enkelte informanter. LV ønsker seg at undersøkelser, målinger og vitale parametere er tatt på forhånd, fordi det er et hjelpemiddel til å få triagert pasientene. Dette er det usikkert om KAD har forståelse for hevder de.

LV; *Vi kunne ønske at en del undersøkelser er gjort på forhånd, fordi det er et hjelpemiddel til å få triagert riktig.*

Samlet viser sitatene at man kan ha manglende kjennskap til motparten sine forventninger, hverdag og kunnskap. Telefonen blir ofte løsningen sier informantene, noe som flere fremhever at er lite effektivt og lite tidsbesparende.

4.2 Gjensidig respekt

Respekt, ærlighet og imøtekommenhet ble av samtlige informanter sett på som viktig i samhandlingen. Det ble påpekt at samhandlingsprosessen var tosidig med gjensidig påvirkning.

KAD; *Hvis det har kommet en pasient hit og jeg ringer tilbake på legevakta og spør «det er noen ting jeg lurer på, kan jeg spørre deg?» «Ja da, bare å spørre så skal jeg se om jeg klarer å finne det ut, så ringer jeg deg tilbake». Da blir du møtt med respekt syns jeg, eller motsatt hvis du møter «det har vi ikke tid til å se på» eller «det vet vi ikke, det får vi ikke funnet ut nå» så blir det en følelse av at de gidder ikke.*

LV; *Respekt innebærer å bli møtt med velvillighet, at vi kan ringe tilbake til hverandre, sjekke opp informasjon og spørre om igjen.*

4.2.1 Faglig identitet og trygghet

Informantene snakker om viktigheten av at det må være fagkompetanse som snakker sammen, at man benytter samme fagspråk. Det må kunne stilles noen krav til denne kompetansen sier flere av informantene. Dette for å forstå hverandre og hva som er viktig i pasientsituasjonen det samhandles om, for å unngå misforståelser.

LV; *Samhandlingen blir god når vi snakker samme språk, når vi bruker samme ord og uttrykk, og har samme forståelse av hva ord og uttrykk betyr.*

KAD; *Vi må være så oppegående på det faglige her at vi i må kunne stille motspørsmål og det må de kunne svare på. Før var det mer at man ringte legevakt og fortalte om pasientkasus og fikk beskjed fra legevakt om hva man skulle gjøre. Nå er vi mer frampå, vi vet hva vi skal gjøre og hva vi skal observere. Vi er gode på jobben vår og vi venter så lenge vi kan. Vi tar målinger og følger opp pasientene, og ringer legevakt når vi føler at NÅ må vi ha hjelp.*

Informantene snakker om at en god dialog med forståelse for hverandre bidrar til god samhandling og faglig trygghet.

Du blir trygg i din rolle, som igjen gjør at du kan formidle trygghet til pasientene. Trygghet og tillit er første bud for å ha det bra for både pasient, pårørende, sykepleiere, kollegaer.

Utfordringen er at informantene har ulike spesialiteter som kan gjøre at de har ulik oppfatning av samme situasjon. I noen tilfeller erfarer da informantene at respekten for egen faglighet er truet.

LV; Hvis vi må stille spørsmål, opplever vi ofte at samhandlingen kan bli dårlig. Litt fordi tonen vår kan være vi må passe på hvordan vi stiller spørsmål. Spørsmålene kan oppfattes som direkte fornærmende eller som lettere å forstå hva jeg mener. Og den som ringer kan oppfatte det som hjelp eller som om det ikke er gjort en god nok jobb, slik at man går i forsvar. Det merker vi.

KAD; De ringte og ville legge inn en pasient, så sier jeg; ” Nei det her er ikke KAD. Pasienten reiste fra oss for 2 dager siden og vi vet at det her er ikke KAD”. ” Jo det er det”, sier legevakt. ” Nei den her kan jeg ikke ta imot, for jeg vet grunnen. Kan du høre på meg?”. ” Nei, det gjør jeg ikke». Etter en halvtime er pasienten hos oss, med ambulanse. Det var absolutt ikke pasient for KAD. Da måtte vi jo ta imot. Jeg føler at den legen ikke respekterte min avgjørelse eller mening eller beslutning. «Jeg er lege. Jeg bestemmer” var svaret jeg fikk. ”. Jeg ble ordentlig irritert. Så følte jeg at nå var det liksom dråpen som ... følte meg hva er vitsen med at de ringer og spør når de sender hit likevel, og bare kjører over oss?

Informantene på KAD var opptatt av at deres faglige identitet og deres følelse av trygghet, var noe som igjen ville påvirke deres samhandling med pasient og pårørende.

KAD; Kommunikasjonen blir bedre med pasient og pårørende hvis jeg vet at legevakt har gjort det de skal på forhånd, og jeg føler meg trygg på at det er greit at den pasienten kommer til oss. At det er kapasitet til å ta han imot og kunnskap, og at jeg mestrer det. Positiv mestring smitter. Er man usikker vil det smitte til kollegaer, pasienten vil også ” være” at vi ikke har helt kontroll på situasjonen, hvor av den blir redd og engstelig og det er ikke helsefremmende.

4.2.2 Imøtekommenhet

Informantene snakket mye om imøtekommenhet, som både erfares som god og utfordrende. De fremhevet at der imøtekommenhet ble erfart som utfordrende, mente de den ble en belastning for samhandlingen.

LV; Samhandlingen føles bedre hvis du blir møtt med en hyggelig tone, enn at du skal føle at ” ååhhh, ringer du igjen” ” Enda en pasient hva er det med den da” Det gjør noe med hvordan jeg svarer. Jeg behøver ikke å bli sint, men Man kan svare på en høflig måte.

KAD; Det er gjentagende noen som du ikke får god kommunikasjon med, vil ikke høre hva jeg har å si og vil legge inn fordi sånn er det bare.

Denne utfordrende delen av samhandlingen mellom instansene sier flere av informantene at er med på å påvirke, i tillegg til samhandlingen, hvordan de tenker at det blir for pasienten.

Frustrerende, jeg blir jo redd for pasienten. Det føles dårlig på meg og det føles sikkert dårlig for pasienten som kommer og pårørende. Jeg føler meg usikker.

Det fremheves av flere av informantene at det oppleves bedre for alle parter dersom den de snakker med er litt rundere i kantene, og utøver skjønn i situasjonen.

LV; Det er noen som er veldig imøtekommende og sier «ja selvfølgelig det skal vi klare, ja det skal vi prøve å bistå med», også kan du bli møtt med «nei, vi har ikke plass (streng stemme) nei dette går ikke (streng/oppgitt)», også er det noen som sier «Jeg skal se om vi kan flytte på noen pasienter» så, ja personavhengig. Det var en henvendelse til KAD, det var egentlig besatt KAD plasser, men sykepleier på KAD, sa «det skal vi klare å hjelpe til med». Det opplevdes så godt herfra at det var behjelpelig.

4.3 Informasjon

En stor del av samhandlingen handler om å fastslå pasientens helsetilstand, helseproblemer, funksjonsnivå og dermed behandlingsnivå. Dette forutsetter et informasjonsarbeid som skjer i dialog mellom disse yrkesgruppene med ulikt fagperspektiv. Instansene er avhengig av fakta og korrekt informasjon fra hverandre, da de ikke ser pasienten det skal samhandles om.

4.3.1 Informasjonsflyt

Samhandlingen mellom KAD og LV om pasienter med omfattende behov kan også erfares krevende i forhold til informasjonsutveksling og kommunikasjon, fremkommer det i intervjuene. Kommunikasjon er viktigst for å få til en god samhandling sier informantene. Det innebærer å bli møtt med velvillighet og en hyggelig tone. Dette skaper tillit, økt forståelse og motivasjon fremhever flere. Kommunikasjon er alltid toveis sier de.

Vi kommuniserer på telefon, vi ser hverandre ikke. Det er veldig viktig hvordan man ordlegger seg og snakker, at man gjør seg forstått og kvalitetssikrer informasjonen man mottar og gir. Hvis du ikke kan motta eller gi informasjon så kommer utryggheten og den dårlige følelsen. Samhandlingen som ikke er der går ut over både pasient og oss. Viktig med god kommunikasjon igjennom alle samhandlinger.

Kommunikasjon alfa og omega. Og igjen er det informasjonsflyten. For at vi skal kunne ta best imot pasientene som de legger inn på KAD så er vi helt avhengig av at de er ærlige, at de forteller oss fakta om pasienten.

Utfra disse sitatene så ser vi at kommunikasjon oppfattes av sykepleierne som informasjonsutveksling og informasjonsflyt. Trygghet skaper rom for informasjonsutveksling og mulighet for å tørre å spørre, hevdes av flere av informantene.

Informantene erfarer at utveksling av muntlig informasjon mellom instansene skjer enten som forberedelse til innleggelse KAD, eller LV, eller som oppfølging på telefon hvis skriftlig informasjon ikke blir oversendt, eller er ufullstendig. Fullstendig informasjon om pasienten anses som viktig begge veier, slik at nødvendige opplysninger om pasienten formidles.

Man kjenner at det er gøy å jobbe når informasjonen flyter, når det kan gå begge veier og man har forståelse for hverandre. Det syns jeg er veldig bra. Det gir mestringsfølelse.

Vi redder liv. Absolutt. Når opplysninger kommer fortløpende, og i klartekst, så sparer vi tid. Og det redder liv.

4.3.2 Informasjonsinnhold

Informantene fortalte at nødvendig dokumentasjon om pasientene som skal den ene eller andre veien må skrives manuelt eller skrives ut fra instansens eget dokumentasjonssystem.

Det er ingen link mellom ikt-løsningene på disse instansene som kan snakke sammen.

Informantene sier det er ønskelig med informasjon som går på pasientens personalia og funksjonsnivå samt bakgrunnskunnskap om pasienten. De er også opptatt av å få vite hva som er aktuelt, diagnoser og hvilke medisiner pasientene går på.

KAD; Det gjør at jeg er godt forberedt og kan ta imot pasienten på best mulig måte og sette i gang behandling veldig raskt. Så hvordan det gjør med meg? Det gjør at jeg mestrer jobben min.

For informantene er klare beskjeder med hensyn til hva som er gjort for og med pasientene viktig. Begge ønsker å vite hvilke prøver og målinger som er tatt av pasienten og svar på disse. Informasjonsarbeidet kompliseres ved at det det kan være ulike oppfatninger av hva som er riktig informasjonsinnhold. Informantene er opptatte av ulike aspekter ved pasientens helsetilstand, og de formidler og innhenter derfor ulike opplysninger.

Legevakt ønsker seg informasjon med fokus på det akutte, samt utredning og behandling for å få avklart den nyoppståtte medisinske situasjonen. Gjerne forankret i en ABCDE tenkning.

LV; Jeg tenker primært på ABCDE. Det er det legevakt jobber etter. Det er vårt hovedfokus. Ikke så mye diagnose, men hva som er viktigst.

For sykepleierne på KAD er det, i tillegg til prøver og målinger, ønskelig med informasjon om pasienten som helhet i tillegg til det akutte oppståtte. De trenger en god plan med informasjon om pasientens helsestatus, hvilke vurderinger som er gjort og hvilke tanker som gjøres for pasienten fremover så de slipper å ringe tilbake.

KAD; Når de ringer ifra legevakt og vil legge inn på KAD, så er jeg avhengig av at de har gjort en god undersøkelse der med prøver, så jeg vet hva jeg har å forholde meg til.

Informasjon til neste behandlingsledd er viktig, ikke minst dersom pasienten ikke kan uttale seg, er uklar eller skal starte behandling påpeker flere av informantene. Informantene peker på situasjoner der skriftlig dokumentasjon om pasientene ikke kom frem. Felles for informantene er at de nevner bestilling og skjema.

Når informasjon ikke er videreformidlet fra LV, blir det utfordrende for KAD, og arbeidssituasjonen blir preget av utrygghet og merarbeid.

KAD; Noen ganger kan det være ganske lite informasjon. Det kan være hva som er aktuelt akkurat nå. Så når pasienten blir lagt inn hos oss har vi ganske mye etterarbeid med fastlege, elektroniske meldinger og sånt vi er avhengige av for å få et helhetsbilde. Det er ikke alltid du har tid til å innhente opplysninger før pasienten kommer, så du må være i nærheten, berolige og prøve å kartlegge pasienten og ta de prøvene som ikke er gjort på legevakta, ihvertfall de vi kan få tatt, og observere og følge med. Og vise trygghet

For LV er det viktig å få korrekt og konkret informasjon om pasienten det ringes om, det er ikke lett å vurdere eller triagere pasienten hvis viktig informasjon mangler, sier de.

Informantene på LV sier de ofte må be innringer gjøre målinger og observasjoner, og så ringe tilbake.

LV; De melder om at pasienten er syk. ” Hvordan syk? ” ” Han er syk ”. ” Har du tatt blodtrykk, puls? Har du tatt CRP? ” ” Nei, da er det fint at du undersøker det og så ringer tilbake. Det er skjebnesvangert hvis pasienten ligger og utvikler en sepsis og får organsvikt etterhvert og så sitter vi her det kan jo få store konsekvenser og ikke måle og ikke bringe det videre.

Et annet problem det også ble fokusert på ved den ufullstendige skriftlige informasjonen, er dette med et skjema som skal følge pasienten da den legges inn på KAD fra LV. Der skal

bestillingen på pasienten stå med observasjonene, målingene og prøvene som er tatt og videre behandling og observasjon av pasienten. Dette er viktig for KAD å få fordi pasientene kommer inn for en observasjon eller en behandling som de skal sette i gang.

KAD; Det hender at de skjemaene er dårlig utfylt, noen ganger så bruker de ikke skjemaene. De bare skriver et notat.

LV; Stor frustrasjon i forhold til det gedigne skjemaet som skal fylles ut. Det er et omfattende skjema, som vi har vært nødt til å manuelt utfylle i tillegg til at man skal skrive i journal. Så vi har i praksis bare fylt ut noen få ting på skjemaet, stifta fast journalen og sendt.

Vi ser at det kan oppstå usikkerhet om flere forhold i avklaring i pasientens helsesituasjon. De vurderingene sykepleierne gjør, og den informasjonen de innhenter, og hvordan de vurderer og videreformidler denne informasjonen.

5. Diskusjon

Studiens hensikt er å utforske og belyse samhandlingen mellom to av den kommunale helsetjenestens instanser, gjennom å ta rede på erfaringer fra sykepleiere ved KAD og kommunal legevakt.

Ansvarsforhold, gjensidig respekt og informasjonsutveksling er temaene som ble tolket frem i analysen. Disse tema vil være overskrifter i denne drøftingen, men først en innledning knyttet til SHR og Samhandling (5.1.)

5.1 Hensikten med SHR og samhandling som fenomen i helsetjenesten

SHR løfter fram pasientperspektivet (Orvik, 2015) og hovedmålet er helhetlige pasientforløp der pasienter skal møte en samordnet, helhetlig helsetjeneste preget av kontinuitet og kvalitet (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). For å sikre dette forutsettes god samhandling (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012). Samhandling mellom aktører tenkes å øke effektivitet, sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009) og innebærer at aktørene må finne felles mål og forståelse, ha tillit til hverandre og utveksle informasjon, erfaringer og kunnskap (Tjora & Melby, 2013). Begrepet samhandling blir brukt både mellom personer, organisasjoner og forvaltningsnivå, og kan være preget av symmetri og asymmetri. Felles mål i samhandling mellom instanser er trygt og sikkert pasientforløp (Aasland, Eide, Grelland, Kristiansen & Sævareid, 2011).

Denne studien legger frem sykepleieres erfaringer i samhandling på tvers av to kommunale instanser. Dette innebærer at ansvaret for pasienten overflyttes fra en sykepleier til en annen og fra et tjenestenivå til et annet. Faren i overganger er at viktig informasjon om pasientens kan gå tapt, bli oversett eller feiltolket, med det resultat at pasienten kan bli utsatt for skade eller i ytterste konsekvens død (Bukve & Kvåle, 2014). Behovet for samhandling er omfattende og krevende, når aktører med ulik profesjonsbakgrunn skal samhandle for å ivareta et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud. Uavklart ansvar er belastende for samhandlingen og truende for pasientsikkerheten (Steihaug et al., 2016) og kan gi pasienten opplevelse av fragmenterte og uoversiktlige tjenester og følelse av å være kasteballer i helsevesenet (Hansen & Hunskaar, 2016).

5.2 Ansvarsforhold

Ett av funnene i denne studien er knyttet til ansvarsforhold. Det fremkommer at informantene både tar og forskyver ansvar. Neumann et al. (2016) hevder at den gjensidige samhandlingen innebærer at utøvelse av sykepleie henger sammen med medisinsk behandling, da sykepleiere både skal pleie og gi omsorg, og tilrettelegge, koordinere og følge opp den medisinske behandlingen som er forordnet.

De siste tiårene er det kommet flere politiske styringsdokumenter. Hensikten er å lovregulere helsetjenestens oppgaver og skape rammer for aktører og brukere. Gjennom dokumentene uttrykkes velferdspolitiske idealer, som skaper forventninger om kvalitet på tjenestene noe aktørene må forholde seg til (Kirchhoff, 2013).

Informantene erfarer en presset kommunal helsetjeneste etter innføringen av SHR, med flere oppgaver og større ansvar for en stadig større og mer kompleks pasientgruppe. Pasientene blir ofte skrevet for tidlig ut fra sykehus, eller kommer ikke på sykehus fordi de ikke er «dårlige» nok, sier de. Informantene beskriver blant annet en situasjon der langtids plassene er kuttet, hjemmesykepleien er underbemannet og det er vanskeligere for pasientene å få hjelp. Dette støttes i litteratur og forskning (Haukelien et al., 2015; Tønnessen & Kassah, 2016).

Intensjonen med SHR er helhetlige pasientforløp, med pasienten i fokus. I intervjuene sier flere av informantene at dette ikke er tilfelle i dag, noe som også signaliseres gjennom ulike føringer. Utgangspunktet for SHR var at helsevesenet i for stor grad var oppstykket og fragmentert (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Kommunal helsetjeneste har med SHR fått ansvar for pasientsituasjoner med større grad av kompleksitet (Holen-Rabbersvik et al., 2013; Willumsen & Ødegård, 2017), uten å inneha faglig kompetanse (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012). Flere informanter forteller om pasienter som legges inn og skrives ut mellom ulike helseinstanser i en for pasientene, «evig runddans». Viktigheten av å sette fokus på samhandling har dermed økt sier de. Samhandling skal fremme helhet og er et virkemiddel for kvalitet og pasientsikkerhet, samt motvirke fragmentering (Orvik, 2015). Tjenestene som ytes i kommunene er avhengig av godt samarbeid mellom alle instansene, hevder informantene, men funnene viser at samhandlingen mellom KAD og LV er mer uavklart enn først antatt. Uavklarte ansvarsforhold kan både true samhandlingen og smidige pasientforløp, og virke forvirrende for pasienten og dennes pårørende. Tett samarbeid mellom KAD og LV fremheves av samtlige som viktig for å sikre helhetlige pasientforløp og pasientsikkerhet. Tydelige og strukturerte ansvars – og styrings systemer er viktig for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009). Samhandling i og mellom organisasjoner er styrt av formell

ansvars- og arbeidsfordeling, som sier hvem som skal gjøre hva i samhandlingssituasjoner, og hvor ansvaret er plassert (Bukve & Kvåle, 2014; Eide, 2012). De profesjonelles ansvar er regulert gjennom politiske signaler og idealer, lover, forskrifter, normer og skjønn (Kirchhoff, 2013). Dette medfører at profesjonsutøveren er ansvarlig for handlingsvalg, som skal begrunnes, forsvares og rettferdiggjøres overfor fastsatte restriksjoner. Informantene erfarer at dette for dem ikke er så klart som beskrevet her. Kan dette ha å gjøre med den pasientgruppen de samhandler om? Disse pasientgruppene som er beskrevet i litteraturen som komplekse pasientsituasjoner som ikke passer inn. Disse pasientgruppene er både i litteraturen og av informantene beskrevet til «å falle mellom stoler» (Danielsen et al., 2017; Grimsmo et al., 2016; Orvik, 2015).

Informantene på LV erfarer at innleggelse på KAD kan være utfordrende, ofte i situasjoner der de opplever en rigid håndheving av bruken av regler. KAD har sine inklusjons/eksklusjonskriterier som er definert og beskrevet (Skinner, 2015). Videre beskriver Skinner (2015) at føringer for hvilke pasientgrupper som er aktuelle for KAD, ikke er klarlagt. Dermed åpnes det for tolkning fra de ulike aktørene. De ansatte på KAD opplever frustrasjon i situasjoner der pasienter legges inn fra LV uten at pasientsituasjonen er avklart, slik kravene er for innleggelse på KAD; pasientens tilstand og videre behandling skal være avklart. Ansvarlig lege skal derfor før innleggelse gjøre en vurdering av pasientens funksjon og allmenntilstand, fysisk og psykisk samt tidligere sykdomshistorie (Hansen & Hunskår, 2016). På denne måten tar KAD på seg ansvaret for pasienter de i utgangspunktet ikke har ansvar for, idet de utfører oppgaver og iverksetter observasjon, uten at bestilling foreligger fra legevakt. Dette er i tråd med Neumann et al. (2016), som hevder at ansatte tar på seg større ansvar enn de egentlig er kvalifisert til, uten klare grenser for hva de yter av tjenester. KAD absorberer ansvaret på tross av rammer og restriksjoner. På denne måten blir det KADs ansvar å observere og følge opp pasientene videre, selv om disse ikke hører inn under KADs definerte pasientgrupper. Gjentatte slike erfaringer kan oppleves som et krysspress mellom politiske føringer, kommunal økonomisk knapphet og yrkesetiske retningslinjer. Dette støttes av Steihaug et al. (2017), som hevder at hvis involverte opplever utfordringer knyttet til helsetjenestenes samhandling og rammebetingelser, så kan dette påvirke tjenestene pasientene tilbys. Personalet på KAD mener at de, på tross av dette, klarer å forholde seg profesjonelt til pasientene. Holen-Rabbersvik et al. (2013) beskriver at når kapasiteten ikke er tilstede, skaper det en alvorlig trussel mot pasientsikkerheten. Det kan da synes som det uavklarte ansvarsforholdet går ut over pasientene.

Informantene forteller om ulike og uklare forventninger til hverandre. Funnene viser til forventninger om at instansene skal ta seg av pasienten, uten at disse forventningene er avklart på forhånd. Hansen og Hunskår (2016) beskriver ulike tenkning hos KAD og LV, noe som synes å påvirke forventningene til de andres kompetanse, vurderinger og tiltak, samtidig viser begge instansene til at grunnleggende tjenester skal ivaretas når pasienter har behov for det. I følge Tønnessen og Kassah (2016) kan sykepleierne slik komme i et krysspress til hvordan de skal ivareta pasienten. Dette gjelder særlig vurdering av pasientsituasjon, der det fordres høy kompetanse, men med ulike mål.

Informantenes utsagn kan på den ene siden forstås som forhandlingsprosesser med hverandre, og på den andre siden som erkjennelse av hverandres arbeid i uavklarte situasjoner. Personalet på KAD mener de er faglig oppdaterte, de observerer og iverksetter tiltak, og kontakter ikke LV før de må ha assistanse. Dette er i motsetning til hva informantene på LV forteller. De snakker om henvendelser fra KAD hvor målinger, prøver og observasjoner av pasienter ikke er utført. Altså kan dette tyde på at faglige vurderinger gjort av KAD ikke oppleves som tilfredsstillende, mens informanter fra KAD mener de tilkaller assistanse fra LV utfra sine vurderinger i tråd med de regler som gjelder der. LVs ansvar er ifølge Hansen og Hunskår (2016) å hjelpe innringer med deres problemer uansett karakter, og uansett kompetanse. Informanter på LV forteller om frustrasjon over manglende kompetanse hos sykepleierne KAD på ABCDE ¹, noe de forventer av KAD. Kan det være at LV forventer høyere kompetanse når innringer er KAD? Kan det være at kompetanse innen ABCDE er noe personalet på KAD bør inneha, med tanke på deres ansvar for en pasientgruppe med stadig større kompleksitet? Observasjon av komplekse pasienttilfeller krever kompetanse på høyt nivå (Orvik, 2015), noe forskning viser at kommunale tjenester er i mangel av (Bing-Jonsson et al., 2015; Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012).

Kirchhoff (2013) skriver at aktører benytter utøvelsen av skjønn da de opplever misforhold mellom forventninger og ressurser. Bruk av rigid regelstyring kan slik redusere de profesjonelles muligheter til å utnytte sin spesielle kompetanse, og medføre dårligere kvalitet. Når informantene på LV erfarer god samhandling med KAD, handler det om fleksibilitet og skjønn. Fleksibilitet og skjønn trekkes frem i andre studier i samhandling, som vesentlig for å forebygge uoverensstemmelser (Holen-Rabbersvik et al., 2013). Politiske dokumenter, lover, forskrifter, regler og retningslinjer kan ses som statens, arbeidsgivers og organisasjoners makt over utøverne (Molander & Therum, 2013), men kan ikke styre enhver utøvelse av praksis

¹ Vurderingsverktøy brukt for å vurdere pasientens tilstand (Hansen & Hunskår, 2016).

(Neumann et al., 2016). Utøvelse av sykepleie gir således rom for, og fordrer, bruk av skjønn. Skjønnsutøvelse beskrives som å resonnere om hva som bør gjøres i enkelttilfeller, dermed krever skjønnsutøvelse kompetanse (Molander & Therum, 2013).). KADs håndtering samsvarer med Tjora og Melby (2013) sin beskrivelse av at sykepleierne med utviklet kompetanse, ordner arbeidet utover de rammene som legges i formelle beskrivelser. Eide (2012) hevder at skjønn må benyttes av profesjonsutøvere, fordi kunnskapen er generell, men situasjonene er særegne. Slik havner profesjonsutøvere i spenningsfelt mellom pasientsituasjonen og arbeidsgiver, pasientsituasjonen og kunnskapen. Busch (2012) hevder at profesjonelles oppgaver tidvis er ustrukturerte, slik at skjønn og kompetanse må brukes for å løse komplekse utfordringer. Profesjonelle må slik sett både forholde seg til formelle regler, kostnadsreduiseringer, profesjonelle standarder på den ene siden, og utøve faglig skjønn på den andre siden. Disse kravene kan være i konflikt med hverandre. På den ene siden er det juridiske, faglige overordnede rammer for helsehjelp gjennom ulike finansieringsordninger, lovverk og administrative og etiske standarder, og på den andre siden selve profesjonsutøvelsen. Aktørene i disse samhandlende instanser vil således påvirke hverandre, og slik sett også påvirke innholdet i helsehjelpen. Skjønn i profesjonell sammenheng, vil påvirke både kartlegging og vurdering av behovet for nødvendig helsehjelp (Tjora & Melby, 2013). Slik er KAD og LV beslutningstakere i de enkelte situasjoner. Dette samsvarer med blant annet Bukve og Kvåle (2014) som hevder at profesjoner og spesialiseringer med særegen kompetanse og verdier, utvikler og definerer standarder for tjenestene og tjenesteleveringen. De ansatte på KAD tar ansvar i situasjonene og lar pasientens tilstand og situasjon være styrende gjennom å finne fleksible løsninger innenfor rammene.

Når informantene erfarer at helsetjenesten preges av at aktørene først og fremst tenker på egen instans, og i liten grad løser oppgaver sammen, illustrerer dette at intensjonen med SHR kanskje ikke fungerer i den grad det var tenkt. Studier viser at maktstrukturen ikke fremmer forpliktende samhandling. Dermed skapes rom for ansvarsforskyvning (Tønnessen et al., 2016), som i uavklart form erfares negativt for pasienter og personalet.

Samlet viser dette at det er mange aspekter som kan ha betydning for hvordan samhandlingen erfares og forstås. Orvik (2015) beskriver at kombinasjonen av oppsplittede tjenester og hurtige pasientforløp gjør at pasienter kan falle mellom stoler og ytterste konsekvens «forsvinne i systemet». Dette sett i sammenheng med at politiske føringer setter KAD i en skvis mellom intensjoner om kvalitet i tjenester skapt av politikken og en kommunal finansiering som vil presse utgiftene ned på et minimum, og sykepleiernes spesialområde

fremmet gjennom utdanning og yrkesetiske retningslinjer, viser hvor komplekst dette systemet kan være.

Tjora og Melby (2013) hevder at i det å ta ansvar og fatte beslutninger ligger det også autonomi. På denne måten kan endringer møte mye motstand hos profesjonene, noe som kan være grunnen til at SHR og de endringer den medførte for den kommunale helsetjenesten, ikke har fått fullt gjennomslagskraft. Holen-Rabbersvik et al. (2013) støtter dette i det de skriver at helsereformkompleksiteten ofte ikke blir tatt så alvorlig av utøverne som den burde. Fleksibilitet i samhandling synes å fordeklarhet i forventningene til hverandres oppgaver, ansvar og kompetanse.

5.3 Gjensidig respekt

Et annet funn i denne studien er gjensidig respekt. Samtlige informanter snakker om viktigheten av respekt, ærlighet og imøtekommenhet for å oppnå god samhandling, og at starten avgjør videre forløp i samhandling. Vi anerkjenner hverandre som likeverdige ved å vise hverandre respekt, være oppmerksomme, bry oss og ivareta hverandre (Hansen & Hunskaar, 2016). Respekt for hverandre, hverandres profesjonalitet og bli møtt med velvillighet, ble av informantene trukket frem. Samhandling bygget på nevnte verdier skaper trygghet til at de som fagfolk kan spørre hverandre om råd hvis de er usikre og slik at misforståelser kan unngås. Dette støttes av Grimsmo et al. (2015), som sier at prosessene da blir preget av tillit og godt arbeidsklima. Sykepleieres profesjonelle identitet er knyttet til et ideal om å yte helhetlig omsorg for pasienter, der kunnskap om og ivaretagelse av deres grunnleggende behov står sentralt (Neumann et al., 2016). Personer med felles utdanning vil sannsynligvis ha et noenlunde felles grunnlag for forståelse av situasjonene, selv om disse alltid har noe unikt ved seg. Men informantene erfarte imidlertid at respekten for deres faglighet ble utfordret i samhandlingsprosessen. Grimsmo et al. (2015) skriver at dårlig samhandling kan føre til mistillit og preges av formaliteter, og at flertall av samhandlingsprosesser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene preges av asymmetri. Dette kan sammenliknes med forhold mellom LV og KAD. Tjora og Melby (2013) hevder at jo nærmere akutte tjenester nivåene er, jo større makt har de.

Makt og myndighet er ujevnt fordelt mellom profesjonene (Bukve & Kvåle, 2014). Ulike profesjonsgrupper har ulike status i samfunnet, og profesjonelle har også ulik grad av profesjonell makt i interne og eksterne samarbeid (Tønnessen et al., 2016). Det fremkommer i intervjuene at de ansatte på KAD erfarer å måtte ta imot pasienter som LV melder om, selv

om de hevder å sitte inne med informasjon om pasientene som tilsier at et opphold på KAD ikke er riktig for pasienten. Dette er i tråd med forskning, som har fokusert på forholdet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, der man finner skjev maktfordeling mellom aktørene (Grimsmo, 2015). I denne studien kan man lese at informantene fra KAD erfarer seg som svakere part i samhandlingen. I et slikt asymmetrisk maktforhold hevder Tønnessen et al. (2016) at det er utfordrende å skape felles forståelse i samhandlingen, både for situasjonen, for vurderingen og for tiltakene. Opplevd asymmetri gir dårlig grunnlag for likeverd i samhandling, hevder Grimsmo (2015).

Navnet «legevakt» kan også gjenspeile en autoritær makt. Ujevn maktbalanse er en utfordring i samhandling, skriver Holen-Rabbersvik et al. (2013). I studien til Tønnessen et al. (2016) kan dette illustreres ved manglende rådslaging i forkant av en innleggelse, slik også informantene i denne studien beskriver. «Vi må bare ta imot» uttrykker også informantene i Tønnessen et al. (2016) sin studie. De beskriver organisasjonsstrukturer som gir legene definisjonsmakt og hvor sykepleierne opplever å sjeldent bli hørt. Legevaktslegen har formell makt til å definere om pasienter skal legges inn på KAD eller sykehus (Hansen & Hunskår, 2016). Informantene beskriver at de ikke har annet valg enn å ta imot pasienten og erfarer således at pasientene kan bli flyttet mellom instanser i en for pasientene «evig runddans». Det er i pasientoverganger flest feil oppstår, hevder Aase (2015). Pasientsikkerheten er slik truet for pasienter som flyttes mellom instansene. Maktutøvelse og redusert respekt og anerkjennelse begrenser også kommunikasjon mellom aktørene (Tønnessen & Kassah, 2016). Gjensidig respekt mellom helsepersonell i samhandlingskjeden skaper anerkjennelse, selvtillit og trygghet i utøvelse av tjenesten, noe som igjen kan bidra til bedre pasientforløp. Informantene på KAD fremhever at følelse av trygghet, er noe som positivt vil påvirke deres samhandling med pasient, pårørende og arbeidskollegaer. I følge Orvik (2015) er positiv innstilling fra aktørene en betingelse i samhandling. Det å ikke bli hørt eller tatt med i vurderinger, kan således gi opplevelse av avmakt. Viktige premisser for samhandling som respekt og likeverd kan dermed se ut til å være truet.

Integritet og likeverd kan støttes gjennom kommunikasjon og samhandling, skriver Hansen og Hunskår (2016). Informantene på legevakt erfarer å ikke bli imøtekommen når de ringer KAD for å høre om det er ledige KAD plasser. Thornquist (2016) hevder at kommunikasjon inneholder symmetri og asymmetri. Symmetrien preges av likeverd, gjensidig anerkjennelse, fortrolighet og samhandling mellom partene, mens asymmetrien preges av mer makt hos den ene parten. Likeverd kan krenkes ved å ignorere, misbruke, diskriminere eller undertrykke en

annen (Hansen & Hunskår, 2016). Bukve og Kvåle (2014) mener at kvalitetsopplevelse oppstår i relasjonen mellom aktørene. På denne måten vil den enkelte kunne erfare en maktubalanse. Slik at aktøren enten er i harmoni med relasjonene, eller opplever seg som offer, uten handlingsrom og autonomi. Slik er aktørens erfaringer med samhandling avhengig av sammenhengen og konteksten samhandlingen skjer i.

Busch (2012) mener aktørenes verdier spiller en viktig rolle. Dersom respekt er en viktig verdi, kan respektløshet skape sinne, frustrasjon og aggresjon. Mens personer som opptrer i tråd med verdiene vil motsatt skape positive følelser. Dette gjenspeiler informantenes erfaringer med at de uttrykker at de kan svare kort og avmålt tilbake, hvis de opplever å ikke bli møtt med imøtekommenhet.

Sykepleier har både en posisjonsmakt og en kunnskapsmakt som må forvaltes på en god og etisk forsvarlig måte. God fagkunnskap som ikke kommuniseres på en god måte kan gjøre samhandlingen utfordrende, og preget av misforståelser, usikkerhet og utrygghet. Hvis sykepleier kommuniserer godt og formidler innlevelse og omsorg, men mangler fagkunnskap og kompetanse, oppleves sykepleier som hyggelig, imøtekommende og omsorgsfull, men resultatet kan være at det kan bli mottatt/gitt uriktig informasjon, noe som kan true pasientsikkerheten (Aase, 2015).

5.4 Informasjonsutveksling

Det siste funnet som trekkes frem i denne studien er informasjonsutveksling. Informantene forteller at i samhandlingen vil mange faktorer måtte avklares. Avklaringen dreier seg om hvilke helseproblemer og funksjonsnivå pasienten har og hvilken behandling/observasjon pasienten trenger.

Systematisk informasjonsutveksling er en av de viktigste faktorene trukket frem som indikator på kvalitet i helsetjenestene (Storm et al., 2014). Hvis det som er viktig i et ledd av forløpet underkommuniseres til eller i neste ledd, vil tjenesten framstå ineffektiv, fragmentert og med lite kontinuitet (Orvik, 2015).

Intervjuene viser at informasjonsutvekslingen mellom instansene skjer som forberedelse til innleggelse KAD, eller LV, eller hvis informasjon ikke blir oversendt, er ufullstendig eller utilstrekkelig. Dette erfares som brudd i kunnskapsgrunnlaget om pasienten, og vil dermed øke risikoen for feil (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009; Orvik et al., 2016).

Mange av pasientene KAD og LV samhandler om, har kroniske og sammensatte sykdommer, nedsatt fysisk/kognitiv funksjon og polyfarmasi sier informantene. Disse pasientene er beskrevet av Slettebø et al. (2010), som spesielt sårbare i overflytting mellom tjenestenivåer.

Overgangene mellom helsevesenets ulike instanser beskrives av Orvik (2015) som en risiko for kvalitet og pasientsikkerhet, og i likhet med Aase (2015) er informasjonsflyten trukket frem som en viktig faktor i denne sammenhengen.

HIT: Informantene peker gjentatte ganger på situasjoner hvor den skriftlige dokumentasjonen om pasientene var ufullstendig eller manglet. Samtlige informanter forteller om mangelfulle og/eller manglende beskrivelser av pasientens funksjonsnivå, ulike observasjoner og prøver og svar på disse, samt medisinlister. For sykepleierne på KAD var også det de kaller bestilling, som betyr videre behandling/ observasjon, noe de ofte savnet, mens LV gir uttrykk for at informasjon om målinger, prøver og observasjoner kan være mangelfulle. Informasjon til neste behandlingsledd er viktig, særlig dersom pasienten mangler språk, er uklar eller har fått nytt pleiebehov (Slettebø et al., 2010). Resultatet blir, sier flere, at de må bruke tid på å ringe, og ofte flere ganger, for å etterlyse denne informasjonen. En konsekvens av slike ringerunder med derav forsinkelser er at nødvendig pasienttiltak kan bli utsatt som følge av at informasjonen ikke nådde frem. Dette er tid som kunne, og burde, vært brukt til behandling og oppfølging av pasienten (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016).

Effektivt samarbeid mellom personell anses å være viktig for kvaliteten på tjenestene, og pasientens erfaring med en sømløs tjeneste (Steihaug et al., 2017). Informasjonsutveksling via telefonen kan utgjøre en risiko, men for informantene er den svært viktig for å innhente utfyllende informasjon, samtidig som det muligens ikke alltid er effektiv bruk av tid. Orvik (2015) hevder at kravet om kvalitet i helsetjenesten er forankret i juridiske normer om faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Skriftlig dokumentasjon er sentralt for kommunikasjonen og dermed for pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientarbeidet (Hansen & Hunskår, 2016).

For å sikre tilstrekkelig informasjon og opplysninger ønsker informantene på KAD at LV i større grad benytter et standardisert overføringsskjema som er utviklet, mens legevakt på sin side sier at de ofte bare fyller ut litt av skjemaet, da de anser skjemaet å være for stort og omfattende. Undersøkelser viser at man enten ikke sender epikriser i det hele tatt, eller at legevaktlegen bestemmer det fra gang til gang (Hansen & Hunskår, 2016). Når informasjon om pasienten mangler eller kommer sent, vil det være utfordrende for neste instans å legge til rette for riktig behandling. I verste fall får pasienten feil behandling (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016).

Det kan se ut som sykepleierne kan mangle felles forståelse med hensyn til hva og hvordan tilrettelegge for informasjonsflyt, noe som kan skyldes ulik arbeidskontekst. Begge instanser

ønsker seg utbygd IKT, slik at ulike systemer kan «snakke sammen» og sending av dokumentasjon mellom instansene kan foregå via slike løsninger, i stedet for som i dag, at det sendes med pasienten eller pårørende.

Informasjonssvikt knyttet til pasientens helsetilstand og behandling kan føre til manglende eller forsinket medisinsk og sykepleiefaglig omsorg og behandling. Dette kan føre til feil og forverring av pasientens helsetilstand, og i ytterste konsekvens være en trussel for pasientsikkerhet (Orvik, 2015).

6. Konklusjon

Opprettelsen av KAD, med sine regler og inklusjonskriterier, har definert et nytt nivå i kommunale tjenester som har ført til flere mulige overganger mellom helseinstanser. Formålet med KAD er kvalitetsforbedring, men spesialtilpassede tjenester med klare kriterier kan være utfordrende i samhandling mellom instanser. Feil i planer og behandling i overgangsbehandling av pasienter kan gi utilfredsstillende eller manglende medisinsk behandling og støtte.

I foreliggende studie fremtrer 3 tema etter analysen; Ansvarsforhold, gjensidig respekt og informasjonsflyt. Manglende kunnskaper om hverandres oppgaver, ansvar og kompetanse synes å skape uklare forventninger til den andre instansens rolle og funksjon. Det erfares også en maktubalanse som igjen kan true opplevelse av den enkelte sykepleiers anerkjennelse og faglig integritet. Det er enighet om at fleksibilitet og bruk av skjønnsmessige vurderinger i de enkelte situasjoner erfares som et positivt element i samhandlingen. Likeså er behovet for forbedring av informasjonsflyten et avgjørende poeng for å ivareta smidige og helhetlige pasientforløp. Å enes om et felles verktøy for informasjonsutvikling er et foreslått tiltak til dette.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Slik jeg ser det bør sykepleierne på disse instansene møtes for å utveksle og drøfte erfaringer fra sine egne arbeidsplasser og informere hverandre om sine respektive ansvar. De bør også drøfte og evaluere situasjoner de har opplevd som gode og/eller utfordrende, slik at læring og fagutvikling kan oppstå. En måte å gjøre dette på er ved felles møter, felles prosjekter og felles undervisning. En AKS vil kunne være en pådriver og lede slikt fagutviklingsarbeid, og denne studien kan kaste lys over viktigheten av slikt arbeid. På denne måten kan ansvarsforhold og forventninger avklares, man bygger relasjoner og kan utvikle tillit og gjensidig respekt og svekke det asymmetriske forholdet, samt finne måter for informasjonsutveksling som ivaretar kvaliteten i overføringen, og som har relevans for begge instanser.

I denne studien har jeg empiri fra sykepleierne. Et forslag til videre forskning er å undersøke synspunkter om samhandling sett fra pasientenes og pårørendes ståsted. Deres erfaringer vil kunne komplettere bildet av samhandlingen i et videre perspektiv. Det kunne gitt en mer helhetlig forståelse av problemstillingen. Et aksjonsforskningsprosjekt der begge instansene er

deltakere og der samhandling er fokus, vil kunne utvikle samhandlingen mot et mer helhetlig pasientforløp der pasientsikkerhet er et overordnet mål.

Referanseliste:

- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 11 s. doi: 10.1177/0107408315601814
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2015). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- en ressursbok* (1. utg.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2015). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom (s. 49 s.). Omsorgsbiblioteket: Omsorgsbiblioteket.
- Dolonen, K. A. & Hernæs, N. (2017). Vi må være litt paranoide. *Sykepleien*, 14 s. . Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/02/ma-vaere-litt-paranoide>.
- Eide, S. B. (2012). Individuelt ansvar og sløvheter i profesjonsutøvelse. *Nordic Journal of Applied Ethics*, 16 s. . doi: <https://doi.org/10.5324/eip.v6i2.1785>
- Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs.). Oslo: PAX FORLAG A/S.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of Nursing, Umeå University, Umeå 90187, Sweden*, 8 s. doi: 10.1016/j
- Grimsmo, A. (2015). Prosjekt 220553: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS) Sluttrapport EVASAM. *Forskningsrådet*, 13 s. .
- Grimsmo, A. (ikke oppgitt). Hentet fra <http://slideplayer.no/slide/1922956/>
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*, 11 s. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2433316/Nr.%2b8%2b-%2b2015%2b-%2bSamhandlingsreformen%2bi%2bNorge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp- gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 10 s. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02
- Hansen, E. H. & Hunskaar, S. (2016). *Legevaktarbeid - en innføringsbok for leger og sykepleiere* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer (s. 76 s). Oria: Telemarksforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld.nr.47 2008-2009). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld.St.16 2010-2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld.St.10 2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2015). *Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/ef7ab8bd96114a67bda7d1f763bf994b/forskning_innovasjon_2012.pdf?id=2323483.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld.St.29 2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld.St.26 2014-2015). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. . Oslo: Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2014-2018). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, strategi 2014-2018*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2dc3e411143d40258d48913ea80a9200/strategi_pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf?id=2287974.
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere- Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674%20Videreutdanning%20for%20sykepleiere%20rapport.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2018). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppfølging%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v av 2 juli 1999 nr 64*. Oslo: Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, Å. (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 11 s. .
- Hunskår, S., Blinkenberg, J., Bondevik, G. T., Ellensen, E., Furu, S. F., Johansen, I. H., . . . Rebnord, I. K. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse*, 91 s. .

- Jakobsen, R. (2012). *Nærvær når identitet er truet. En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Nordland, Bodø.
Hentet fra
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/296876/Jakobsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kirchhoff, J. W. (2013). Forskningsrapport Om utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester. 108 s. . Hentet fra
https://www.researchgate.net/profile/Joerg_Kirchhoff/publication/277006121_Fra_vedtak_til_tjeneste_-_Om_utformingen_av_nodvendig_helsehjelp_i_hjemmebaserte_tjenester/links/555d818508ae86c06b5dad15/Fra-vedtak-til-tjeneste-Om-utformingen-av-nodvendig-helsehjelp-i-hjemmebaserte-tjenester.pdf.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ljungblad, U. (2008). Hva gjøres i Helse Sør-Øst RHF Behandlingslinjer.....som strategisk satsningsområde Bakgrunn og implementering. Hentet fra
http://drgforum.no/sites/default/files/Ljungblad_HelseS%25D8RHF_Behandlingslinjer.pdf
- Lovisenberg diakonale høyskole. (2015). Studieplan. Mastergrad i avansert klinisk sykepleie. Intensiv-/almennykepleie. Hentet fra
https://www.ldh.no/studietilbud/maks/_attachment/3271?_ts=158f82ee87b
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative interview. Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 8 s. doi: 10.1177/I 049732315617444
- Molander, A. & Therum, L. I. (2013). *Profesjonsstudier* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, C. B., Olsvold, N. & Thagaard, T. (2016). *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Norges Forskningsråd. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). *Forskningsrådet*, 81 s. Hentet fra
<https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?cid=1254018935864...target...>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- NSD. (2018). Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no>
- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 22(19-21), 10 s. doi: 10.1111/jocn.12246
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Orvik, A., Nordhus, G. E. M., Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2016). Interorganizational Collaboration in Transitional Care - A Study of a Post-Discharge Programme for Elderly Patients. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 11. doi: 10.5334/ijic.2226
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research, Generating and Assessing Evidence of Nursing Practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skinner, M. S. (2015). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. . (13/2015), 44 s. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/398536/rapport_13_2015_web.pdf.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes--a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 24(3), 9 s. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x
- Steihaug, S., Johannessen, A. K., Ådnanes, M., Paulsen, B. & Mannion, R. (2016). Challenges in Achieving Collaboration in Clinical Practice: The Case of Norwegian Health Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(3), 13. doi: 10.5334/ijic.2217
- Steihaug, S., Paulsen, B. & Melby, L. (2017). Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 9 s. . doi: 10.1080/02813432.2017.1397264

- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14(2), 32 s. . doi: 10.5334/ijic.1194
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (6. opplag utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. & Melby, L. (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tyrholm, B. V. (2013). Sykepleier for framtida. *Sykepleien* 3 s. . doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0038>
- Tønnessen, S. & Kassah, B. L. L. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester; en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(04), 17 s. . doi: 10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*(1), 8 s. . doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2017). *Tverrprofesjonelt samarbeid* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aasland, D. G., Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A. & Sævareid, H. I. (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Hva mener og erfarer du om samhandling?

- 1. Fortell om dine erfaringer i en episode hvor du mener samhandlingen mellom instansene er god.**
 - Hva er det som gjør samhandlingen i denne situasjonen god slik du ser det?
 - Hvorfor mener du samhandlingen i dette eksemplet er god?
 - Hvorfor er dette eksempel på god samhandling?
 - Kan du si mer om hva du erfarer som god samhandling?
 - Hva mener du kjennetegner optimal samhandling?
- 2. Fortell om dine erfaringer i en episode hvor du mener samhandlingen mellom instansene er utfordrende.**
 - Hva mener du var utfordrende ved samhandlingen i denne situasjonen?
 - Hvorfor mener du samhandlingen i denne situasjonen ble utfordrende?
 - Hva mener du kjennetegner en situasjon med utfordrende samhandling?
 - Kan du si noe mer om utfordrende samhandling?
- 3. Hvilken betydning mener (erfarer) du kommunikasjon har mellom KAD og legevakt?**
 - Hvilke erfaringer har du med kommunikasjon mellom instansene?
 - Hvordan mener du kommunikasjonen mellom instansene er?
 - Hvordan mener du den burde være?
 - På hvilken måte er kommunikasjonen av betydning for samhandlingen?
- 4. Hvilke konsekvenser har du erfart samhandlingen mellom instansene kan få?**
 - Når samhandlingen mellom instansene er god?
 - Når samhandlingen mellom instansene er utfordrende?
 - Hva erfarer du med samhandlingen når det ene etter det andre svikter?
 - Er samhandling en utfordring du mener det jobbes aktivt med mellom instansene?
 - Hvilke konsekvenser mener du samhandlingen kan få for pasienten?
- 5. Er det flere forhold du mener er viktige ang samhandling mellom kommunal legevakt og KAD som du føler at ikke har kommet frem?**

Fortell.....

Vedlegg 2

Formell søknad om tilgang til forskningsfelt

Jeg studerer avansert klinisk sykepleie med spesialisering i intensiv, ved Lovisenberg Diakonale sykehus, (avdeling for master, etter- og videreutdanning, MEVU). I forbindelse med min masteroppgave søker jeg om tillatelse for tilgang til forskningsfeltet. Tittelen på forskningsprosjektet er ” *Samhandling mellom legevakt og KAD avdeling- erfaringer og meninger fra sykepleiere på kommunal legevakt og KAD avdeling*”.

Jeg skal intervju 3 sykepleiere på kommunal legevakt og 3 sykepleiere på KAD avdeling. Kriteriene for deltagelse i forskningsprosjektet er minimum 1-års arbeidserfaring som sykepleier ved KAD avdeling/legevakt og minimum 50 % stillingsstørrelse. Jeg ønsker å intervju tre sykepleiere hos dere.

- Jeg ber om skriftlig bekreftelse fra leder for tilgang til forskningsfeltet. Dette skrives og returneres i vedlagte konvolutt.
- Sykepleiere som ønsker å delta, kan signere ” *Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt*” og sende tilbake til undertegnede, eller ta med til intervjuet.

Med vennlig hilsen

Anne Merete Nestaker

Trulserudsvingen 10, 2770 Jaren

Mob; 48227532

Mail; amnestaker@hotmail.com

Bekreftelse på tilgang til forskningsfelt:

Sted _____ Dato _____

Navn _____

Tittel _____

Tlf. _____

Epost _____

Vedlegg 3

INFORMASJONSSKRIV

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Samhandling mellom tjenester – viktig for pasientsikkerheten”

Bakgrunn og formål

Jeg er deltidsstudent i Master i avansert klinisk sykepleie, med spesialisering i intensiv, ved Lovisenberg diakonale Høyskole i Oslo. Min master baserer seg på intervju av ansatte ved kommunal legevakt og KAD avdeling. Du er av din leder trukket ut til forespørsel om å delta i min kvalitative studie.

KAD og legevakt samarbeider i tilfeller der helsepersonell trenger råd og veiledning i ulike situasjoner med og rundt pasienter med endring i funksjonsnivå eller helsesituasjon, for å sikre det beste for pasientene. Dette kan være en utfordrende oppgave på flere nivåer innen både kommunikasjon og samhandling. Forholdet mellom kommunikasjon og praktiske handlinger kan være forskjellig. De ansatte på legevakt og på KAD har hver sin ”yrkesmonopol”, de kan noe den andre ikke kan. Jeg er ansatt som sykepleier i kommunen og har i den forbindelse hørt ulike kommentarer om samhandling mellom de ulike helseinstansene.

Studiens tittel er ” *Samhandling mellom legevakt og KAD avdelinger- erfaringer og meninger fra sykepleiere på kommunal legevakt og KAD avdeling*”.

Studiens hensikt er å belyse samhandling mellom legevakt og KAD, ved å ta rede på sykepleiere ved kommunal legevakt og sykepleierne på KAD avdeling sine erfaringer og meninger om dette temaet.

Fint om du kan tenke ut en situasjon der du oppfattet samhandlingen som bra og en der du oppfattet den som utfordrende.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg skal foreta en kvalitativ studie. En slik studie bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning og skal gå i dybden for å fange opp og utvikle kunnskap om meninger og erfaringer. Jeg ønsker å utføre semistrukturerte individuelle intervjuer med 4-6 informanter ved 2 ulike institusjoner. Alle deltagerne skal intervjues 1 gang hver og antatt

varighet er på mellom 40-60 minutter. Jeg skal foreta intervjuene med opptak og samtidig gjøre notater. Jeg kommer tilbake til tid og sted for gjennomføring av intervjuene da godkjenning for studien foreligger fra Norsk senter for forskningsdata: NSD.

Din leder er min kontaktperson og vil videreformidle informasjon om dette fra meg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være meg og min veileder som vil kunne ha tilgang til dataene fra disse intervjuene. Alle data vil bli anonymisert av hensyn til personvern og informanter skal ikke kunne bli gjenkjent gjennom materialet på noe vis. Datafilene fra de gjennomførte intervjuene vil bli oppbevart på pc beskyttet med passord samt at opptak av intervjuene vil bli slettet da de er skrevet ned. Foreliggende samtykke til deltagelse i studien skal oppbevares fysisk adskilt fra lydfilene og det nedskrevne datamateriale.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta kan du skrive under på dette skjemaet, og returnere det til din leder. Jeg vil i løpet av kort tid hente skjemaene inn hos han/henne. Har du spørsmål til studien, ta kontakt med

Anne Merete Nestaker, mob 48227532, mail; amnestaker@hotmail.com.

Veileder er Rita Jacobsen, professor ved Lovisenberg Diakonale Høyskole, mail; rita.jacobsen@ldh.no

Vedlegg 4

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeskjema, informasjonsskriv og forespørsel om tilgang til forskningsfeltet skal presenteres for Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD som vurderer prosjektet i forhold til forskningsetiske regler.

Håper på din deltagelse

Med vennlig hilsen

Anne Merete Nestaker, student i videreutdanning på masternivå.

Vedlegg 5



Rita Jakobsen
Lovisenberggt. 15 b
0456 OSLO

Vår dato: 01.11.2017

Vår ref: 56492 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.10.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

56492	<i>Samhandling mellom tjenester - viktig for pasientsikkerheten.</i>
	<i>Samhandling mellom legevakt og KAD avdeling -erfaringer og meninger fra sykepleiere på kommunal legevakt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Lovisenberg diakonale høyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Rita Jakobsen</i>
<i>Student</i>	<i>Anne Merete Nestaker</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Lovisenberg diakonale høyskole sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Lovisenberg diakonale høyskole er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet

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

- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg 6

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei,

Viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 20.11.2017.

Vi har nå registrert at du vil oppbevare intervjuene på båndopptaker istedenfor på kryptert minnepinne. Vi legger til grunn at du behandler alle data i tråd med Lovisenberg diakonale høgskole sine retningslinjer for datasikkerhet, og at oppbevaring av personopplysninger på båndopptaker er i tråd med disse.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Vennlig hilsen

--

Lise Aasen Haveraaen
Seniorrådgiver | Senior Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 21 19

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
[Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen](https://www.nsd.no)
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 7



Retningslinjer for personvern og sikker lagring av forskningsdata ved Lovisenberg diakonale høgskole

[Norsk senter for forskningsdata](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/index.html) er Personvernombudet for Lovisenberg diakonale høgskole. Alle forskningsprosjekter må meldes inn på følgende nettside: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/index.html>

Personopplysninger skal være aidentifiserte når de lagres. Grad av personidentifikasjon skal ikke være mer detaljert enn det som er nødvendig ut fra forskningens formål og metode.

I forskningsprosjekter hvor personopplysninger lagres ulike steder, skal det føres et register over hvilke **lagringsmedier** som benyttes. Eksempler på lagringsmedia er:

- Opplysninger på film/video
- Flyttbar harddisk ("USB-disk")
- Minnepinne/minnekort.

Lagringsmediet skal merkes med "Inneholder forskningsdata og navnet på forsker" eller lignende. Merkingen må være synlig plassert på lagringsmediet. Det skal være en separat tekstfil på lagringsmediet som identifiserer forskeren som er ansvarlig for datamaterialet.

Elektronisk behandling og lagring av forskningsdata

Forskningsfiler og video/lydmateriale med sensitive personopplysninger bør overføres til Tjenesten for Sensitiv Data ved UiO (spesielt dersom pasienter/brukere er involvert i prosjektet). Snakk med veilederen din, dersom du tror at du vil ha behov for å bruke en slik løsning.

Personopplysningene må være *anonymiserte*, ved at personidentifiserbar informasjon er fjernet og ikke kan knyttes til en enkelt person (1). Nettstedet til NSD inneholder konkrete råd for hvordan dette kan gjøres. Se punktet: Kontroll av anonymitet.

Liste over lagringssteder for bruk til forskningsdata

Bruk av sikker lagring ved arbeidstedet

- Krypterte minnepinner tilhørende Lovisenberg diakonale høgskole.
- Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten, uten tilknytning til internt eller eksternt nettverk.



LDH, Lovisenberggt 15B, 0456 Oslo
www.ldh.no / admin@ldh.no / tlf 22 35 82 00

- All bruk av skytjenester (som for eksempel Box, Google Drive osv) er forbudt til bruk av lagring av forskningsdata.
- Lovisenberg diakonale høgskole tilbyr veiledning i bruken av lagringsmedier og som fører register over alle enheter (lagringsmedier/lyd-opptaker) som lånes ut til studenter og ansatte.

Opptak og behandling av lydfiler

- Ved innsamling av forskningsdata skal det kun benyttes lyd-opptaker som tilhører Lovisenberg diakonale høgskole. Lyd-opptaker skal ikke være knyttet til internett. Merk: **Bruk av mobiltelefon for opptak tillates ikke.**
- Lydfilene overføres til kryptert minnepinne før transkriberingen starter.
- Bruk Mac/Pc hvor nettverkstilknytning (wi-fi/bluetooth) er deaktivert.
- Koble kryptert minnepinne til Mac/Pc, bruk Utforsker eller Finder for å hente opp minnepinnen med lydfilene – husk at Mac/Pc ikke skal være tilkoblet nett under transkribering.
- I studentprosjekter har veileder ansvar for kontroll med anonymisering ved transkribering og kan be studenten legge frem eksempel på hvordan anonymiseringen er gjennomført.
- Transkribering må gjøres forsvarlig slik at personidentifiserbare opplysninger ikke avdekkes. Lydfilene slettes fortløpende etter endt transkribering.

Oppbevaring i Biblioteket

- Låst skap benyttes for oppbevaring av lagringsmedier med datamateriale samt samtykkeskjemaer.
- Alt av lagringsmedier som inneholder personidentifiserbare data (minnepinne/lyd-opptaker) skal oppbevares i låst skap på biblioteket.
- Materiale legges i en lukket konvolutt og merkes med forskerens navn. Forskeren må framvise legitimasjon når han/hun ønsker å legge inn eller ta ut lagringsmediet.

Bruk av Tjenesten for Sensitive Data ved UiO

- Forskningsfiler og video/lydmateriale med sensitive personopplysninger bør overføres til Tjenesten for Sensitiv Data ved UiO.
 - Ta kontakt med veilederen din dersom du har behov for å bruke tjenesten ved UiO.
- 1) <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Interne-ressurser-og-rutinebeskrivelser/FoU-haandbok/Elektronisk-behandling-og-lagring-av-forskningsdata>



