



Sykepleieren mer enn en koordinator.

Et kvalitativt studie på utskrivingspraksis fra sykehus til kommune.

Lotte Lindstrøm Eliassen

Mastergradsoppgave i Helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Forord.

Prosesen med å skrive en mastergradsoppgave har vært lærerik, spennende og utfordrende. Det har til tider vært slitsomt å balansere jobb, familie og studier, men totalt sett har det vært veldig givende. Jeg har nå kommet mer eller mindre helskinnet i mål og vissheten om at det er gjennomført er tilfredsstillende. Dette er en prosess jeg ikke har vært alene om. Først må jeg rette en stor takk til min veileder, Margrethe Kristiansen. Hun har på en ydmyk og direkte måte rettleidet meg når jeg var på vei inn på sidespor. Hun innehar stor faglig, og ikke minst menneskelig kunnskap, som hun klokt har anvendt gjennom veiledning. Jeg hadde heller ikke startet dette prosjektet hadde det ikke vært for Gastrokirurgisk avdeling ved UNN. I mine femten år som ansatt, har det vært i en kultur som har fremhevet betydningen av god faglig kompetanse. Takk til mine kollegaer i lederteamet som praktisk har gjort dette mulig og som har ønsket at jeg skulle ta denne mastergraden. Spesielt takk til Gro Jensen og Kirsti Fosland som i perioder har tatt over mine arbeidsoppgaver i tillegg til sine egne, samtidig som de har klart å redusere min dårlige samvittighet. Det har betydd mye for meg.

Sist men ikke minst takker jeg familien. Bjørn, som hele tiden har hatt tro på at jeg ville klare dette. Eirik, som nå gleder seg til å få tilbake en mamma som faktisk svarer når han spør om noe, og lille Kristine som de siste månedene har lurt på om mamma ikke snart er ferdig med lekse si.

Tromsø, mai 2013.

Lotte Lindstrøm Eliassen

Sammendrag.

Masteroppgaven omhandler sykepleieres erfaringer rundt utskriving av pasienter fra en kirurgisk avdeling i sykehus til videre kommunal omsorg. Utgangspunktet er en oppfatning om at utskrivingspraksis er i endring etter innføringen av Samhandlingsreformen. Hensikten er å få en forståelse av sykepleiernes oppgaver og ansvar, samt belyse hvordan endringer utspiller seg og erfares av sykepleiere i en kirurgisk avdeling.

Studiets teoretiske bakteppe er inspirert av organisasjonsteori, med spesielt fokus på menneskebehandler organisasjoner og hvordan yrkesprofesjoners rolle i organisasjonene påvirkes av endring grunnet moderniseringsreformer i helsevesenet. Den bygger videre på forskning rundt hvordan sykepleie som omsorgsfag utspiller seg i et helsevesen i endring. Forskning som viser sykehusavdelinger som ansvarspraksis, og hvordan ansvar gjøres er også brakt inn. Til slutt knyttes disse områdene sammen gjennom å anvende teori om organisasjonsteoretisk kompetanse i sykepleierfaget.

Det er brukt en kvalitativ metode basert på intervju, der analysen er gjennomført med en kvalitativ innholdsanalyse. I studien fremkommer det at informantene erfarer at utskrivingspraksis er i endring. De beskriver at de har og tar et stort ansvar i utskrivingspraksis, og har en sterk faglig autonomi i beslutningsprosessene. Sykepleierne setter pasienten foran de organisatoriske føringene, og fremhever at omsorgen til pasienten må stå i fokus. Sykepleierne erfarer å havne i krysspress mellom to eller flere hensyn som organisasjon, fag, kommune eller pasient. Studien viser at utskrivingspraksis er kompleks, og det er flere faktorer som virker inn på målet om sømløse pasientløp.

Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning på dette området. Det settes også spørsmålstegn ved om endringene som er innført med bakgrunn av samhandlingsreformen har truffet riktig i praksis. Sykepleiernes kompetanse i utskrivingspraksis må verdsettes, og praksisfeltet må tilrettelegges for at utskrivingen effektueres slik at målet om sømløse pasientforløp har mulighet for å bli oppnådd.

MeSH: Patient discharge, nursing practice, hospital, organizational innovation, integrated health care systems, qualitative research.

Summary.

This master thesis deals with the experiences nurses register as a patient is being discharged from surgical ward to municipal care. The basis for this thesis is the belief that discharging practices are altered after the introduction of the Interaction reform. The purpose is to gain an understanding of nursery tasks and responsibilities, and also illuminate how changes take place and how these changes are being experienced by nurses at the surgical ward. The theoretical background for this study is inspired by organizational theory, with special focus on human related organizations, and how the professional role in the organization is affected by changes based on modernizing reform in the health care system. The thesis also examines research on how nursing practice take place in a changing health care system. Research that show hospital ward responsibility practices, and how this responsibility is carried out, is also brought fourth. These areas are then connected with each other, using theories on organizational competence in nursing practice.

The method used is qualitative research based on interviews, where the analysis is carried out with a qualitative content analysis. The study shows that the informers experience that discharging practices are changing. They describe that they have, and take a big responsibility in current discharging practice, and also put fourth a strong professional autonomy in the decision-making process. Nurses focus on the patient before the organizational policy, and they emphasize the patients well being first.

The nurses experience all-round pressure between two or more considerations like organization, profession, municipality or patients. The study shows that discharging practice is complex, and several factors affect the goal of seamless patient care. The study concludes that further research on this topic is needed. It is also questioned that the changes brought fourth by the Interaction reform, have not fulfilled its purpose. The nurse competence in discharging practice must be appreciated, and the field of practice must arrange so that discharging of patients effectuate to be able to reach the goal of seamless patient care.

MeSH: Patient discharge, nursing practice, hospital, organizational innovation, integrated health care systems, qualitative research.

Innholdsfortegnelse.

1.0	Introduksjon.	s. 1
1.1	Oppgavens oppbygging.	s. 2
1.2	Begrepsavklaringer.	s. 2
1.2.1	Pasientløp.	s. 3
1.2.2	Utskrivingspraksis.	s. 3
1.2.3	Samhandling.	s. 4
2.0	Bakgrunn for studiet.	s. 4
2.1	Utvikling av politiske moderniseringsreformer i helsevesenet.	s. 4
2.2	Samhandlingsreformen.	s. 8
2.3	Formelle endringer i utskrivingspraksis ved UNN	s. 9
2.4	De økonomiske insentiver.	s. 12
3.0	Tidligere forskning.	s.13
4.0	Problemstilling.	s. 14
4.1	Avgrensning.	s. 15
5.0	Den teoretiske forståelsesramme.	s. 15
5.1	Et organisasjonsteoretisk perspektiv.	s. 16
5.2	Sykepleie som profesjonspraksis.	s. 18
5.3	Ansvar og ansvarspraksiser.	s. 19
5.4	Organisatorisk kompetanse.	s. 22
6.0	Metode.	s. 23
6.1	Studiets design.	s. 23
6.2	Å forske i eget felt.	s. 24
6.3	Valg og beskrivelse av avdelingen.	s. 24
6.3.1	Valg av informanter	s. 25

6.4	Datainnsamlingen.	s. 26
6.4.1	Intervjuguiden.	s. 26
6.4.2	Intervjuene.	s. 26
6.4.3	Transkribering og anonymisering.	s. 27
6.4.4	Etiske betraktninger.	s. 28
6.5	Analyse og presentasjon.	s. 28
6.6	Studiets pålitelighet og gyldighet.	s. 30
7.0	Studiets funn og diskusjon.	s. 32
7.1	Sykepleiernes rolle og arbeidsoppgaver i utskrivingspraksis.	s. 32
7.1.1	Arbeidsoppgavene i utskrivingspraksis.	s. 32
7.1.2	Samarbeidet med legene.	s. 34
7.1.3	Informantenes erfaring rundt ledernes rolle.	s. 38
7.1.4	Refleksjoner rundt ansvar i utskrivingspraksis.	s. 39
7.1.5	Oppsummering.	s. 41
7.2	Organisatoriske føringer og utskrivingspraksis.	s. 41
7.2.1	Endringer i utskrivingspraksis.	s. 41
7.2.2	Pasientløps betydning for utskrivingspraksis.	s. 44
7.2.3	Erfaringer rundt økonomiske insentiver.	s. 46
7.2.4	Sykepleiefaget og organisasjonen.	s. 47
7.2.5	Oppsummering.	s. 48
7.3	Utskrivingspraksis som arbeidsform.	s. 48
7.3.1	Den sårbare kontinuiteten.	s. 49
7.3.2	Tidens betydning.	s. 52
7.3.3	Oppsummering.	s. 53
7.4	Samarbeid med kommunene.	s. 53
7.4.1	En felles forståelse.	s. 53
7.4.2	En økt distanse.	s. 55
7.4.3	Når kommunen ikke kan ta imot.	s. 58
7.4.4	Oppsummering.	s. 59

8.0	Studiets viktigste resultat.	s. 59
8.1.	Betydning for praksis.	s. 61
8.2	Videre forskning.	s. 62

Vedlegg:

Vedlegg 1: Tjenesteavtale 5 mellom UNN og kommunene.

Vedlegg 2: Elektronisk og manuell utskrivingsprosedyre ved UNN.

Vedlegg 3: Søknad NSD.

Vedlegg 4: Oppfølging av endringsmelding NSD.

Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Vedlegg 6: Intervjuguide.

Tekstlig materiale i ord: 22781, øvre grense 28000

1.0 Introduksjon

«Alle nye datasystemer og planer, det koker ned til at det er mennesker som sitter her og det er mennesker som sitter i kommunen. Det kan se så fint og effektivt ut på papiret så mye det bare vil, men det vi må ha i høysete og tenke på er jo ivaretagelse av pasienten, uansett» (Tone)

I dette sitatet beskriver Tone hvordan hun legger en kompleksitet i utskrivingspraksis, og at utskrivingspraksisen er mer enn en prosedyre. I en tid hvor det stilles større krav til sømløse pasientforløp i helsevesenet ønsker jeg å undersøke denne kompleksiteten gjennom å belyse hvordan sykepleiere erfarer utskrivingspraksis i sykehus. Utskrivingspraksis betrakter jeg som en praksis i endring grunnet innføring av samhandlingsreformen. Jeg har utgangspunkt i en kirurgisk avdeling hvor jeg har jobbet i 15 år, både som sykepleier og de siste årene som sykepleierleder. Som sykepleierleder sitter jeg i en mellomposisjon mellom politiske og foretaksmessige føringer og utførelsen av disse i praksis. Med bakgrunn i egne erfaringer har jeg opplevd at sykehuset ikke fullt ut har lyktes med å oppfylle de krav som blir stilt etter innføringen av samhandlingsreformen og de føringer som er innført, bygget på denne. I praksis opplever jeg situasjoner der sykepleierne kommer i tidspress, hvor de er frustrerte over kravene som de blir stilt. Videre ser jeg at pasienter blir liggende lengre enn det som er målsetningen. Min motivasjon er å se på hvordan sykepleiernes erfaringer belyser utskrivingspraksis på en kirurgisk avdeling i sykehus, for å kunne forstå hvordan utskrivingsforløpet utspiller seg i praksis.

Nye kirurgiske teknikker, bedre anestesi og postoperative sykepleie rettet mot tidlig mobilisering og ernæring, er noen faktorer som har ført til tidligere utskriving postoperativt. Drift blir flyttet fra sengeposter til poliklinisk virksomhet og kravet om tidlig utskriving av pasienter er økende. Det spesielle med pasientløp er at den prosessen blir utarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten, og mine undringer er om føringene innad er godt nok tilpasset målet om sømløse pasientløp som i mange tilfeller kanskje strekker seg ut over de oppgavene sykehuset er satt til å løse. Tar man utgangspunkt i samhandlingsreformen, setter den tydelige krav til begge forvaltningsnivåene i helsevesenet om effektivitet og sømløse pasientløp. Blant annet er det i Universitetssykehuset Nord Norge (heretter forkortet til UNN) innført detaljerte prosedyrer og forskrifter som har til hensikt å fylle kravene til bedre pasientløp. I tillegg ser man at krav til effektiviteten har endret seg gjennom innføringen av en bedriftstankegang, hvor økonomi styrer driften og kravet til mer målbare kvalitetsindikatorer øker.

Når pasienten skal skrives ut fra kirurgisk avdeling er det sykepleieren som i stor grad koordinerer og har ansvaret i denne prosessen. Dette gjør sykepleieren i to parallelle løp. På den ene siden samhandler sykepleieren med leger, andre kollegaer, pasienter og pårørende i egen avdeling, samtidig som sykepleieren på den andre siden planlegger og er i dialog med kommunen. Sykepleieren er her en nøkkelperson til å få gjennomført utskrivningen på en best mulig måte. For å få belyst utskrivingspraksisen velger jeg å ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten og en kirurgisk avdeling i UNN, der jeg har intervjuet 5 sykepleiere.

Gjennom å studere sykepleiernes erfaringer, ønsker jeg å belyse muligheter og utfordringer i dagens utskrivingspraksis i sykehus. Det vil også øke min forståelse slik at jeg som sykepleieleder kan bidra med å tilrettelegge organiseringen av arbeidet på en bedre måte til det beste både for pasienter og ansatte. Studiet vil også være ett bidrag i den offentlige debatten rundt moderniseringen og effektiviseringen av helsevesenet.

1.1 Oppgavens oppbygging.

Jeg vil først starte med å avklare tre begreper som er vesentlige i forhold til problemstilling og oppgavens kontekst. Deretter vil jeg redegjøre for en historisk og politisk bakgrunnsforståelse, og gi en beskrivelse av endringer i utskrivingspraksis. Videre presenteres tidligere forskning på området, før jeg redegjør for problemstillingen. Oppgavens teoretisk forståelsesramme blir så presentert. Valgt teori innbefatter organisasjonsteori og menneskebehandler organisasjoner, sykepleie som profesjonspraksis, ansvar og forståelse av ansvarspraksiser og til slutt organisatorisk kompetanse. I neste kapittel presenterer jeg metodisk tilnærming, studiets design og analyseprosessen. Videre gjør jeg rede for studiets funn og diskuterer opp mot tidligere forskning, teoretisk forståelsesramme og egne refleksjoner. Til slutt vil jeg presentere en oppsummering, studiets betydning for praksis og behov for videre forskning på området.

1.2 Begrepsavklaringer.

Jeg har valgt å avklare begrepene pasientløp, utskrivingspraksis og samhandling da disse brukes sentralt i oppgaven, og en samstemt forståelse av disse begrepene er viktig for studiets innhold.

1.2.1 Pasientløp.

Begrepet pasientforløp, eller sømløse- eller integrerte behandlingsskjeder har kommet inn med innføringen av Samhandlingsreformen. «*Forløp er 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*» (HOD, 2009).

For å vise hvordan det kan gjennomføres ønsker jeg å gi ett konkret eksempel på ett kirurgisk pasientforløp for elektive kreftpasienter i sykehus. Når henvisning kommer til avdelingen blir disse vurdert av overlege innen 2 – 3 dager. Her blir det rettighetsfestet om pasienten har krav til behandling, hvilken behandling og tidsaspektet på behandlingen. Pasienten blir utredet poliklinisk med radiologi, supplerende kirurgiske undersøkelser, patologiske prøver og anesthesiologiske undersøkelser. Resultatene blir bragt inn i tverrfaglig møte hvor kirurger, onkologer, patologer og radiologer vurderer endelig hvilken behandling pasienten skal ha. Dette blir dokumentert i journal, og pasienten blir umiddelbart informert. I poliklinikken blir pasienten også forberedt til kirurgi gjennom møte med sykepleier, fysioterapeut og kirurg. Pasientens løp i poliklinikken blir i stor grad koordinert av sykepleier. Når pasienten er ferdig utredet og behandlingen er fastsatt, kommer han så inn til avdelingen dagen før inngrepet og blir videre forberedt av sykepleier ved innkomst. Pasienten blir informert om forventet liggetid basert på gjennomsnitt, og utskrevet når han er ferdigbehandlet. Endringene fra tidligere er at utredning og hoveddelen av forberedelsen av pasienten blir gjort poliklinisk og ikke lenger i sengeposten som tidligere. Det er også blitt en mer struktur på samarbeidet mellom de ulike spesialitetene rundt pasientens behandling.

1.2.2 Utskrivingspraksis

I begrepet utskrivingspraksis legger jeg en forståelse om at denne strekker seg fra starten av planleggingen av utskriving, til endelig gjennomføring av utskrivingen. Den innbefatter alle typer handlinger og vurderinger sykepleieren foretar med utskriving av pasienten som mål. Den er en del av et pasientløp. For å forstå utskrivingspraksis ser jeg til definisjonen av praksisbegrepet. Kirkevold (2002) omtaler praksis som en forventning om en bestemt type handling i en arbeidssituasjon eller praksissituasjon. «*Den er en sammenhengende og kompleks sosial etablert menneskelig aktivitet med et bestemt sosialt mandat og med tradisjoner*» (s.7).

Videre betrakter hun sykepleie som praksisform ved at den formes og videreføres i hovedsak gjennom klinisk utøvelse, erfaring og praktisk formidling. Vitenskap er også et element i denne type praksis. da det ligger en vitenskapelig kunnskap som er utviklet innenfor en akademisk kontekst som grunnlag for forståelsen av de relevante problemene og fenomenene i praksis og for de handlinger som blir utført (ibid).

1.2.3 Samhandling

Begrepet samhandling benytter jeg ut fra en helsepolitisk forståelse. «*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*» (HOD, 2009). Begrepet brukes i oppgaven både som samhandling i avdelingen, i sykehuset og med kommunen.

2.0 Bakgrunn for studiet.

Det å gi en redegjørelse for det historiske og politiske bakteppet, samt vise til de faktiske endringer som er gjennomført i UNN, mener jeg er viktig for å se problemstillingen i riktig sammenheng. Jeg vil i de neste to avsnittene kort redegjøre for fremveksten og tankegangen rundt New Public Management og samhandlingsreformen som virker spesielt inn på utskrivingsprosessen med tanke på å overføre pasienter fra ett omsorgsnivå til ett annet. Jeg vil så beskrive de faktiske endringer i utskrivingsprosedyrene ved avdelingene i UNN, som er et direkte resultat av tjenesteavtalene mellom UNN og kommunene.

2.1 Utviklingen av politiske moderniseringsreformer i helsevesenet.

Jeg gjør min undersøkelse i en sykehusavdeling som samhandler med kommunehelsetjenesten, det vil si at det her er et samarbeid mellom to forvaltningsnivåer i helsetjenesten. For å få en forståelse av hvordan dagens moderne helsevesen er blitt, er det nødvendig å dra inn et helsepolitisk perspektiv.

Et statlig ansvar og organisering av helsevesenet hadde sin begynnelse med at industrialiseringen og fremveksten av velferdsstaten på 1800 tallet. Helsepolitikk fikk etter hvert også en sterkere rolle, og ble etter andre verdenskrig særlig knyttet til sosialpolitikken. Det var viktig med en god folkehelse for å få økonomisk fremdrift og vekst. Medisinaldirektør Karl Evang utarbeidet en plan for folkehelsen og helsestellet i Norge. Disse planene var til

dels også bygget på den internasjonale utviklingen etter krigen, og da spesielt Englands. Viktige oppgaver var forebygging, primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten. Redskapene skulle være en effektiv styringsstruktur, tilstrekkelig med utdannet helsepersonell, videreutvikling av medisinsk fagkunnskap og en hensiktsmessig institusjonell struktur på helsefeltet. På 1970 tallet begynte desentraliseringstanken å gjøre seg gjeldende, og styrkingen av primærhelsetjenesten ble et prioritert mål. Men det var allikevel et element av sentralisering da lokalsykehusene ble erstattet av fylkes- og regionalsykehus (Halvorsen, 2010).

Denne sykehusstrukturen førte ikke til god nok ressursutnyttelse for landet som helhet, og 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for sykehusene. Etter staten kom inn som eier har det vært stort fokus på bedre ressursutnyttelse. Utgiftene til helsevesenet har økt kraftig. I faste priser er utgiftene firedoblet på 30 år (Ibid). Det er et politisk mål å få mere helse for hver krone. Fremveksten av New Public Management (heretter forkortet til NPM) har i stadig større grad preget offentlig sektor, og ikke minst helsesektoren. Denne moderniseringstanken er beskrevet av flere å ha fått direkte innvirkning på offentlige ansattes hverdag i både kommune og spesialisthelsetjeneste.

Tankegangen er hentet fra marked og private bedriftskulturer, og ideene er spredt blant annet gjennom departement, handelshøyskoler og konsulentbyråer. NPM har som hensikt å effektivisere tjenestene, forenkle forvaltningen, dempe utgiftsveksten og skape bedre lønnsomhet i offentlig sektor. Utgangspunktet er en forståelse av at offentlig sektor er ineffektiv, dyr og tungrodd samt at den er for lite lydhør til menneskene den skal betjene. Virkemidler som tas i bruk er markedsretting; en bestiller - utfører modell, konkurranse og profesjonell ledelse og foretaksstyring (Olsvold 2010, Vabø 2007, Orvik 2004).

Bestiller - utfører modellen er en grunnstruktur i NPM reformen, og tanken er at offentlige tjenester skal "kjøpes" ikke direkte av den som trenger tjenesten, men av bestillere som opptrer på vegne av brukerne. Bestilleren skal representere brukernes interesse. Dette er en bevegelse bort fra den tidligere velferdsprofesjonelle styringsmodellen der det i prinsippet er yrkesutøveren som skal representere brukerens interesser. Den velferdsprofesjonelle styringen bygger på et ideal om at det er rasjonelt å overlate beslutningsmyndighet til mennesker med den rette kompetansen. (Vabø, 2007). Bestiller – utfører modellen kan man for eksempel se i opprettingen av tildelingskontorer i den kommunale omsorgstjenesten, der saksbehandlere

forvalter brukerens interesse gjennom å tildele omsorgstjenester som utføres av helsearbeidere i de ulike kommunale institusjoner.

Konkurranse som er et annet virkemiddel i innføringen av NPM, handler i offentlig sektor om en konkurranseeksponering i mer kontrollerte former enn i det frie markedet. Dette kan være bruken av benchmarking hvor driftsenheter blir sammenlignet og rangert etter visse nøkkeltall. Dette blir brukt for å vurdere de ulike enheters effektivitet, og kan være et grunnlag for omorganiseringer. Andre former for konkurranse er anbudsutsetting som skjer i forkant av produksjonen, og hvor man kan invitere inn private organisasjoner etter gitte offentlige kriterier. En tredje form for konkurranse er fritt brukervalg eller kvalitetskonkurranse, hvor det skal konkurreres om kundens gunst (Vabø, 2007)

Det siste hovedelementet i NPM er ledelse eller management. Her skal enhetene ledes som selvstendige bedrifter i tråd med de kontraktsvilkår forvaltningen setter. Det kreves en handlekraftig ledelse med fokus på resultater og ikke regler. De offentlige institusjoner bør i størst mulig grad omstilles slik at de i størst mulig grad tilegner seg en identitet som bedrifter i et marked. Lederne skal inspirere og frigjøre ansattes kreative og produktive potensiale, og ha fokus på kvalitet gjennom teamarbeid hvor ledere og ansatte i alle nivåer av organisasjonen involveres, såkalt kvalitetsledelse. Det ligger en underordnet strategi i denne type ledelse som ikke bare går ut på å få kontroll over den ansattes tid, men også deres selvforståelse (ibid).

Oppsummert kan en si at innenfor NPM ideologien beskrives ikke yrkesutøvere som selvstendige skjønnsutøvere, men som underordnet service personell som styres av visjoner, organisasjonsmål og resultatindikatorer. Det er ikke ansattes etiske og praktiske fornuft som utgjør kilden til velferden som skapes, men ledelsens bestillerkompetanse og styringsverktøy. Makten til å tale på vegne av kunden eller brukeren er flyttet fra yrkesutøvere i førstelinjen til ledelsen på administrativt nivå, og virksomheten som utspiller seg i møte mellom yrkesutøver og hjelpemottaker kan defineres, avgrenses og styres fra en armlengdes avstand (Ibid)

Ikke bare har det kommet inn en bedriftstankegang i helsevesenet som påvirker aktører i helsevesenet, men også politisk er det innført lovendringer og reformer som har direkte innvirkning på tilbydere og brukere av helsetjenester, og da ikke minst i forhold til samhandling som jeg vil fokusere videre på. Halvorsen (2010) beskriver at de to forvaltningsnivåer i vårt helsevesen har utviklet seg historisk og med glidninger i ansvarsfeltene. Primærhelsetjenesten skal være hjørnesteinen i helsetjenesten og han viser til

at kommunehelsetjenesteloven av 1982. Den fastslo det kommunale ansvaret for en primærhelsetjeneste og befolkningens rett til nødvendig helsehjelp, samt ansvaret å fremme helse og forebygging. Den er i tråd med LEON prinsippet. Orvik (2004) beskriver LEON prinsippet som en norm der man henviser til behandling på lavest mulig omsorgsnivå. Dette bygger på en samfunnsøkonomisk tankegang der målet er å forsvare knappe helseressurser. Pasientomsorgen skal foregå på en faglig og ressursmessig mest mulig forsvarlig måte. Dette betyr at man ikke skal overbehandle, men vilkåret er at behandlingen er forsvarlig.

I januar 2012 kom det ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, hvor den gamle kommunehelsetjenesteloven samt sosialtjenesteloven ble opphevet. Den nye loven bygget på offentlige utredninger fra Bernerutvalget fra 2004, som hadde som mandat å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Den bygger også på Wisløffutvalget fra 2005 som hadde som mandat å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mente at pasientperspektivet og behovet for helhet måtte inn som en sentral del av planleggingen av helsetjenesten. Proporsjonen presiserer at: *«Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov»* (HOD, 2011, Prop 91 L).

Samtidig med ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester ble det også gjort endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

Pasientrettighetsloven innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven ble også endret. Det ble blant annet satt økt krav til forsvarlighet og ny lovpålagt plikt til samarbeid og samhandling mellom helseforetakene og kommunene (HOD, 2011, Brev 31.10).

2.2 Samhandlingsreformen.

De lovendringene som ble innført i januar 2012 bygger på innføringen av samhandlingsreformen. Reformen skal innføres i sin helhet i løpet av de neste 4 år. Et av målene som har direkte innvirkning på utskrivingspraksis er: *Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp* (HOD, 2009).

Reformen tok utgangspunkt i definerte utfordringer helsevesenet stod ovenfor. For det første så man at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble fulgt opp på en god nok måte. Spesialisthelsetjenesten var preget av mål om helbredelse, mens den kommunale sektor hadde større fokus på funksjonsnivå og mestringssevne. En slik ulik oppfatning av målforståelse kunne føre til samhandlingsproblemer. Den andre utfordringen var at tjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Fokuset var i største grad rettet mot behandling. Den tredje utfordringen var en demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdommer, noe som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Med disse utfordringene som utgangspunkt ble det som tidligere referert til, gjennomført flere lovendringer. Reformen retter seg også mot utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk, som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

For å oppsummere hovedelementene i reformen, var det første å få en klarere pasientrolle. Dette ble gjort gjennom endringer i pasientrettighetsloven, styrke brukermedvirkningen, utvikle helhetlige pasientløp og trygge pasienter med koordinerte tjenester. Det andre var å få en ny fremtidig kommunerolle. Det blir nå lagt til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste, i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Denne satsingen på kommunehelsetjenestene betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes. Det blir en mer forskyving av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjeneste, som skal føre til at instansene blir mere likeverdige beslutningstakere.

Et tredje element er etablering av økonomiske insentiver. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, er

de viktigste virkemidlene på dette området. Et fjerde område er at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. En riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, vil legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. Det siste elementet er å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. Dette grunner i at heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse og omsorgstjenestene. Prioriteringene må rettes inn mot helheten i pasientforløpene, og ikke til deltjenester. (HOD, 2009)

Historisk har vi sett et helsevesen som stadig har vært i endring. Dette etter påvirkning fra blant annet samfunnet som helhet, grupperinger i befolkningen, profesjonene, internasjonale føringer, ressurstilgang. En kan se endringene i helsevesenet er påkrevet for å møte endringene i samfunnet generelt. Historisk ser man også at all endring ikke nødvendigvis har kommet like heldig ut, og det er vel derfor allment akseptert at det er viktig å ha et kritisk blikk på disse, uten at det gir seg uttrykk i endringsvegring.

2.3 Beskrivelse av formelle endringer i utskrivingspraksis ved UNN.

Endringene etter innføringen av samhandlingsreformen har gitt direkte konsekvenser for utskrivingspraksis i form av generelle prosedyrer som skal følges både av kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er også innført et nytt digitalt meldingsverktøy. Lovpålagt krav om samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene har gitt seg utslag i regionale samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler. UNN og kommunene har inngått 11 tjenesteavtaler som omfatter alle samarbeidsområdene i samhandlingen. UNN har en egen samhandlingsenhet som jobber opp mot kommunene og for å implementere de avtaler som blir gjort. Avtalene og prosedyrene som er innført gjelder for alle avdelingene i UNN.

Vedtak mellom helseforetak og kommuner blir besluttet og godkjent i Overordnet Samarbeidsorgan hvor UNN og kommunene i lokalsykehusområdet på rådmanns- og direktørnivå er representert. Mandatet er å sørge for at samarbeidsavtalene mellom UNN og kommunene i opptaksområdet følges opp. De skal avklare saker av prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter. Videre skal de oppnevne medlemmer til Kliniske Samarbeidsutvalg (heretter forkortet til KS) gi disse mandat, og til slutt godkjenne retningslinjer. KS utvikler og evaluerer retningslinjer for faglig samarbeid som skal sikre gode pasientforløp. Utvalgene kan videre få oppdrag i tilknytning til utvikling av

helsetjenester, samt kunnskaps- og kompetanseutveksling. (UNN/ Helse Nord, Overordnet Samarbeidsorgan, 2013)

Av de 11 tjenesteavtalene som er inngått går jeg inn på tjenesteavtale 5 som har direkte konsekvens for utskrivingspraksis. Tjenesteavtale 5 beskriver detaljert forpliktelser sykehuset har når de tilbakefører pasienter til kommunen (Vedlegg 1). Denne avtalen har resultert i nye konkrete utskrivingsprosedyrer som er implementert ut til alle avdelinger i UNN og kommunene. (Vedlegg 2). De nye prosedyrene ble innført januar 2012, og erstattet da eventuelle andre prosedyrer de ulike avdelingene hadde. De nye prosedyrene presiserer hva som skal gjøres, til hvilken tid de ulike handlinger skal utføres og av hvem. Jeg ønsker å beskrive de viktigste punktene i utskrivingsprosedyrene for å tydeliggjøre noen av de formelle oppgavene ansvarlige i utskrivingspraksis har.

Behov for kommunale ytelser skal meldes kommunen innen 24 timer etter at pasienten er innlagt, eller så raskt behovet er identifisert. Det skal da meldes som tidligmeldig, enten telefonisk eller elektronisk, og dokumenteres. Ved nye eller økte kommunale behov skal det søkes til kommunen hvor diagnose, behandlingens antatte forløp, antatt utreisetid og pasientens funksjonsområder skal dokumenteres. Sykepleieren har ansvar for å tidligmelde pasienten, mens legen har ansvar å fylle ut søknad der antatt forløp og funksjonsnivå beskrives. Det skal der hvor det er nødvendig, avtales samarbeidsmøter med kommunen. Dette er sykepleiers ansvar. Det er også sykepleierens ansvar å dokumentere referat etter møtet, og sende til kommune og pasient. Det brukes i dag to ulike søknadsskjema, ett for kommuner med digital samhandling, og ett for kommuner med manuell samhandling. Når pasienten er utskrivningsklar skal dette meldes kommunen før kl 14.00 på virkedager, og dette kan gjøres elektronisk eller per telefon. Da skal det også sendes ut skjema om utskrivningsklar pasient, hvor det redegjøres for endelig diagnose og funksjonsnivå som lege fyller ut. Her brukes også to ulike skjema avhengig av om kommunen har elektronisk eller manuell kommunikasjonssystem. Epikrise med oppdatert medikament liste skal følge pasienten ved utskrivelse, noe som også er legens ansvar. (Vedlegg 2)

Som beskrevet ovenfor er de formelle krav i praksisen detaljert beskrevet, og man opererer i dag med to ulike utskrivingsprosedyrer. En som er rettet mot kommuner med digital meldingsutveksling, og en som er rettet mot kommuner med manuell samhandling. På

bakgrunn av egen erfaring har jeg sett at utfordringen med å håndtere to nye prosedyrer i implementeringsprosessen har vært utfordrende.

Et viktig punkt i samhandlingsreformen er utviklingen av hensiktsmessige IKT løsninger. Regjeringen vedtok i 2012 en økt satsing på IKT løsninger i helsevesenet.

«Nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. IKT-systemene som brukes av helsepersonell i dag støtter i for liten grad opp under dette.(...) Regjeringen ønsker derfor å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en felles løsning for hele helse- og omsorgssektoren. Regjeringens hovedmål er én innbygger – én journal» (HOD, 2013).

Det vektlegges videre at IKT-systemer som formidler presis informasjon om behandlings- og omsorgsopplegg, er et svært viktig virkemiddel for pasientløp og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. IKT-systemene må legge til rette for løpende dialog mellom behandlings- og omsorgsansvarlig personell knyttet til hver enkelt pasient.

For utskrivingspraksis mellom UNN og kommunene er det spesielt inn og utskrivingsmeldinger samt dialogmelding det først er blitt satset på. Det ble på UNN startet et regionalt implementeringsprosjekt med ambisjon om å gjennomføre en full skala implementering av elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjoner og fastleger/helseforetak i region Nord-Norge. Digital meldingsutveksling startet i 2012, og skal være ferdig implementert innenfor en periode på 3 år, men den digitale meldingsutveksling til pleie og omsorgs enheter i kommunene skal være ferdig innen utgangen av 2013. (UNN/ Helse Nord. FUNNKe , 2013)

Implementeringen på UNN er i stor grad utført, og stadig flere avdelinger benytter elektronisk dialog med kommunene, såkalte pleie og omsorgsmeldinger, (heretter forkortet PLO meldinger). Dette fungerer som en mail dialog, hvor helseopplysninger går begge veier. Verktøyet er implementert i EPJ journal, og alle meldinger blir automatisk dokumentert. Meldingene kan sendes til enhver tid, og avsender får bekreftet at melding er sendt. Man får ikke bekreftelse på om den er lest, eller av hvem. Det er ulikt hvem mottakerne i kommunen er. Dette kan være enhetsledere eller saksbehandlere, alt etter kommunens organisering. Det godkjennes alltid av pasienten før meldingsutveksling opprettes, i tråd med taushetsplikt.

2.4 De økonomiske insentiver.

Samhandlingsreformen har medført endrede økonomiske virkemidler for å påvirke at pasienter blir behandlet etter LEON prinsippet.

«Departementet foreslår at betalingsplikten innføres fra første dag pasienten er registrert som utskrivningsklar, for å sikre at kommunene gis et økonomisk insentiv til å etablere tilbud til antatt lavere kostnad. Dette finansieres ved at de regionale helseforetakene får trekk i sine rammer, basert på historiske tall for utskrivningsklare pasienter sammenholdt med betalingssatsen. Midlene fordeles mellom kommunene etter objektive kriterier i inntektssystemet for kommunene». (HOD, 2011, Prop 91L)

Dette medfører at økonomiske ressurser er overflyttet fra helseforetakene ut i kommunene slik at disse i større grad kan ivareta pasientene for å hindre innleggelser, samt være rustet til tidligere å motta pasienter fra sykehusene. Det har medført at de økonomiske rammene til sykehusene er blitt redusert, men at kostnader til å ivareta ferdigbehandlede pasienter skal gå ned. Når pasientene blir erklært medisinsk ferdigbehandlet meldes dette ut til kommunene. Dersom kommunen da ikke kan motta pasienten vil dette etter dagens avtale koste kommunen fire tusen kroner per dag.

Foretaket hadde budsjettert tilbakebetalinger fra kommunen vesentlig større enn hva den har vist seg å ha blitt. Om dette skyldes at pasientene blir meldt for sent ferdigbehandlet eller om kommunene effektuerer tilbakeføringen av pasientene på en bedre måte, er vanskelig å måle. Som leder har jeg erfart at det kommer sterke føringer fra direktør og klinikkleder om at de økonomiske tilbakeføringene fra kommunen er for lav, og kravet til kvalitetskontroll i utskrivingsprosessen fremheves. Dette er kommunisert ut til avdelingsledere og ansatte som jobber med å skrive ut pasienter.

3.0 Tidligere forskning.

Jeg har brukt følgende søkemotorer: Pub Med, Svemed, Google Scholar og manuelle søk.

Gjennom søk har jeg ikke funnet mye forskning her i landet som er gjort direkte på sykepleieres rolle i sykehus rundt utskrivingspraksis, men jeg har funnet noen studier fra utlandet. Watts og Gardner (2005) har gjennom sin kvalitative studie sett på sykepleieres oppfatninger av planlegging av utskrivning på et sykehus i Australia, hvor studiet konkluderte med at sykepleiere var sentrale aktører, men at mer forskning på området er nødvendig. Anthony og Hudson-Barr (1998) gjennomførte fokusgruppeintervju som var sammensatt av både sykepleiere fra sykehus og kommune. De var ute etter å identifisere suksessfaktorer i utskrivingspraksis, og kom frem med nøkkelbegrep som erfaring, kommunikasjon og kontinuitet. Roland Svensson (1996) har i sin artikkel sett på forholdet mellom leger og sykepleier som er ett nyttig aspekt å ta med seg. Han beskriver også i sin artikkel hvordan dette samarbeidet spiller seg ut i utskrivingspraksis. For å få et perspektiv fra kommunehelsetjenesten i forhold til hva de mener er viktige faktorer når de mottar pasienter fra sykehus, gikk jeg til et finsk studie av Grönroos og Perälä (2005). De samlet funn gjennom 1890 spørreskjema hvor de så på hva personell i hjemmetjenesten anså som viktige faktorer for gode overføringer fra sykehuset til hjemmet. Her var høy kvalitet på skriftlig og muntlig kommunikasjon fremtredende.

For å belyse pasientløp har jeg sett til Haugtomt (2003) som konkluderer med at territoriale konflikter, ulike ideologier og målsettinger kan være hindringer for dette samarbeidet, men at fra et pasientperspektiv er gode pasientløp en forutsetning for gode pasientopplevelser. Wagner og Carlsund (2004) har sett på hvordan sykepleiere erfarer raskere pasientløp i forhold til klinisk praksis, og konkluderer med behovet for at sykepleiere involverer seg i disse prosessene for å ivareta måten man tilrettelegger arbeidet på.

For å belyse innføringen av digital samhandling har jeg valgt å gå til Aanestad og Olaussen (2010) som har sett på IKT i helsevesenet. Berg (2001) har også i sin artikkel om implementering av informasjonssystemer i helsevesenet belyst utfordringer og løsninger som følger med IKT i helsevesenet.

Melby og Hellesø (2010) gjorde en kvalitativ studie blant sykepleiere i sykehus og kommune i Norge rundt erfaringer ved elektronisk utveksling av utskrivningsrapporter. For å belyse

dette feltet mer utfyllende, valgte jeg også å gå til Torbjørg Meums kapittel i boken IKT og samhandling i helsesektoren (Aanestad, Olaussen 2010) som omhandler overgang fra muntlig rapport til elektronisk rapport i sykepleien da jeg mener dette kan overføres til prosessen med digital samhandling.

Jeg har valgt å tatt med en artikkel av Dingwall og Allen (2001) for å vise at omsorgsperspektivet, som jeg bringer inn i den teoretiske rammen, har nytte av å balanseres i forhold til diskusjonene rundt omsorgens plass i helsevesenet.

4.0 Problemstilling

Da jeg startet mastergradsstudiet for snart tre år siden hadde jeg en formening om hva jeg ønsket å undersøke. Jeg var allerede da opptatt av pasientløp og utviklingen av disse. Som sykepleieleder har jeg observert at sykepleierne har tilpasset seg disse pasientløpene uten at vi nødvendigvis har reflektert over det sykepleiefaglige i gjennomføringen av pasientløpene. Etter hvert i studiet og spesielt etter å ha fått fokus på helsefagene i et politisk perspektiv, vokste det frem en bevissthet rundt at pasientløpene ikke bare er en del av effektivisering i avdelingen. Det som skjer før og etter oppholdet i avdelingen, er vesentlig for gjennomføringen av egne pasientløp. Da samhandlingsreformen trådte i kraft med krav om sømløse pasientforløp, og endringer i utskrivingsprosedyrer i UNN ble implementert, ble utskrivingspraksis et spennende og nødvendig område å undersøke. Jeg tok først utgangspunkt i å se på de etablerte rutinene i utskrivingspraksis og hvordan effektiviteten og utfallet av disse var, gjennom definerte målbare indikatorer. Etter hvert så jeg at utskrivingspraksisens kompleksitet gjorde det vanskelig å finne målbare indikatorer som ville gi forklaring på min forforståelse om at utskrivingsprosessen ofte stoppet opp. Behovet for en økt forståelse av hva som utspilte seg i utskrivingspraksis, ble et mer interessant område å undersøke. Sykepleierens tilstedeværelse i praksisen gjorde at deres erfaringer ville gi meg en beskrivelse av utskrivingspraksis. På bakgrunn av dette blir problemstillingen som følger:

«Hvordan erfarer sykepleiere i en kirurgisk avdeling utskrivingspraksis fra sykehus til kommunal omsorg?»

Jeg har gjennom søk ikke funnet noen i Norge som har forsket direkte på området som jeg beskriver. Mitt studie vil forhåpentligvis være med på å belyse dette området under norske forhold. Utenlands forskning har konkludert med at det trengs mere forskning på området, men her må det også tas med i betraktningen at de ulike lands helsevesen, politisk styring og tradisjoner er ulike. Dette er også et bidrag til debatten rundt moderniseringen av helsevesenet.

4.1 Avgrensning.

Utskrivingspraksis favner vidt og dette gjenspeiler seg også i oppgaven. Utgangspunktet mitt var at jeg så at utskrivingspraksis er kompleks. Dette bygger også funnene i studiet opp under. Målet var å få en mest mulig helhetlig forståelse for sykepleiernes erfaring av utskrivingspraksis som en del av pasientløpene. Gjennom en for stram avgrensning mener jeg at bildet av utskrivingspraksis ville blitt for snevert. Det er av den grunn studiets funn som har styrt bredden i oppgaven.

5.0 Den teoretiske forståelsesramme.

For å forstå sykepleiernes rolle og erfaringer, mener jeg det er viktig å se dem som profesjonelle yrkesutøvere i en større sammenheng. De er del av et felleskap og en samfunnsmessig strukturering som virker inn i hverdagens arbeid, vurderinger og dilemmaer. Jeg har brukt Lennart Svenssons organisasjonsteoretiske forståelse for å gi ett bilde av sykepleierens organisatoriske profesjonsramme. Jeg kommer særlig inn på menneskebehandlerne organisasjoner og de dilemmaer som kan oppstå mellom organisasjon og profesjon. Jeg har også valgt å se på teorier rundt sykepleiepraksis i sykehus for å sette egen empiri inn i en kontekst. For å se på sykepleiernes egen profesjonspraksis, viser jeg først til Kari Martinsens filosofi som omhandler omsorgsrasjonalitet og hvordan den teknologiske tankegangen kan sette omsorgen i et moralsk dilemma. Videre henviser jeg til Torunn Hamran, sykepleier og sosiolog, som utfordrer den moderne management tenkningen i forhold til pleiearbeid og pleiens arbeidsformer.

Jeg går så inn på temaet ansvar. Her viser jeg til Nina Olsvold som de siste årene har kommet med relevant forskning hvor hun blant annet løfter sykepleiernes ansvarsroller i sykehus opp mot innføringen av NPM. Ansvar er tilstedeværende og beskrevet innenfor ulike praksiser,

men jeg ønsker å utdype begrepet. Studiet viser at å ta ansvar og ha mulighet for å gjøre det er viktige momenter i utskrivingspraksis. Til slutt i den teoretiske rammen kommer jeg inn på Arne Orviks tanker om organisatorisk kompetanse, og hvorfor denne er nødvendig. Dette for at sykepleiere skal kunne ha bedre forutsetning for å håndtere spenningsfeltet mellom profesjonspraksis og organisasjonspraksis og dermed også innvirke på egen ansvarsfelt.

5.1 Et organisasjonsteoretisk perspektiv

Menneskelig aktivitet foregår i økende grad innenfor spesielle organisasjoner, og organisasjoner ses på som det fremste verktøyet for rasjonelt, effektivt og planlagt gjennomføring av aktiviteter med systematikk og ekspertise. Organisasjoner kritiserer på den annen side ofte for å være tungrodd og ineffektive. Profesjonelle organisasjoner kjennetegnes ved at yrkesutøverne har en bestemt utdanning. Under organisasjonens spesielle vilkår, utfører de tjenester i henhold til et mer eller mindre tydelig samfunnsoppdrag. Organisasjonen består også av et oppsett av regler. Disse reglene danner et fundament som gjør at medlemmene i organisasjonen blir utskiftbare, samtidig som at det er gjennom enkeltmedlemmers tradisjoner, kultur og kompetanse, at reglene videreføres og opprettholdes. Det profesjonelle arbeidet er derfor styrt av så vel profesjonelle som organisasjonsmessige ressurser og regler ofte i en uoversiktlig blanding. (Svensson, 2008)

Den fremste profesjonelle ressursen er kollegialitet, det vil si at medlemmer som er likeverdige, utøver kontroll over hverandre basert på spesielle kunnskaper og en etikk som forvaltes av en yrkesorganisasjon. De organisasjonsmessige ressursene er relatert til arbeidsorganisasjonens byråkratiske regler og kontroll. Det profesjonelle arbeidet er på den måten innrammet av byråkratisk og organisatorisk kontroll, sammen med profesjonell kontroll og etikk. (ibid)

Som medlem i en profesjonell organisasjon overlater man en del av sine handlinger til organisasjonen. Dette berører de profesjonelles autonomi (Svensson, 2008). Molander og Terum (2008) utdyper dette videre når de peker på at dette kan medføre en spenning mellom profesjonsutøverne og byråkrati. Dette fordi den profesjonelle både må forholde seg til sin egen yrkesorganisasjon med de krav til forsvarlig yrkesutøving denne stiller, og til en arbeidsorganisasjon. Det kan lede til konflikter mellom profesjonell autonomi og administrativ styring.

Sykepleiere utøver sitt yrke i en arbeidsorganisasjon som kan beskrives som en menneskebehandlerende organisasjon. Svensson (2008) påpeker at dette er av særlig interesse i en profesjonsteoretisk kontekst, da dette er profesjonelle byråkratier som har tette bånd til omgivelsene gjennom relasjoner til for eksempel klienter eller pasienter. Dette profesjonelle arbeidet er også ansett å være sterkt koblet opp mot normer enn mye annet arbeid, siden tjenestene er mer eller mindre forent med et samfunnsoppdrag og ofte har konsekvenser av moralsk karakter for brukere eller klienter. Han viser til noen utfordringer i den menneskebehandlerende organisasjonen. For det første er menneskers behov komplekse, og virksomheten styres av politiske beslutninger som skal imøtekomme mange ulike interesser og behov. Virksomheten i organisasjonen foregår ofte mellom profesjonelle og klienter, og er vanskelig å styre og kontrollere politisk. Dette ettersom møtene rammes av etiske restriksjoner og hvor innsyn motvirker tillit og den autonomi arbeidet krever.

For det andre er organisasjonens råmateriale individer som er bærere av moralske verdier. Teknologi og handlinger må dermed være moralsk begrunnede og legitime. Dette samtidig som at teknologiene eller metodene er usikre, ettersom mennesker er komplekse og kunnskapen om oss er ufullstendige. Et «sluttprodukt» er vanskelig å definere, da det kan henge i sammen med hva som defineres som et godt liv, eller hva som er verdifulle egenskaper og evner. Oppfatningen om dette er også i endring etter hvilke ideologier som gjelder i menneskenes samfunn. (Svensson, 2008)

Dette mener jeg er med på å belyse at det er spenninger i organisasjonsstrukturen mellom politisk målstyring og yrkesutførelse. Svensson (2008) påpeker også at virksomhetens avhengighet av direkte møter ofte står i i konflikt med organisasjonenes byråkratiske prinsipp. *Organisasjonsledelsens styring og kontroll av møtene er svært begrensede, noe som gir de profesjonelle stort rom for skjønn i innhenting av informasjon, diagnostisering, bestemmelse og gjennomføring av tiltak* (s. 137). De direkte møtene stilles opp mot bedriftens krav, og dette leder ofte til rollekonflikter blant personalet. Dette sier Svensson kan føre til spørsmålet om man skal gi organisasjonen eller pasienten fortrinn?

5.2 Sykepleie som profesjonspraksis.

Svensson (2008) peker på at relasjonene mellom profesjonen og organisasjonen har endret seg de siste tiår. Den offentlige sektors profesjoner har særlig stått i fokus gjennom innføringen av New Public Management. Dette har ført til at profesjonalismen som tidligere har kontrollert visse yrker og virksomheter har blitt sterkt utfordret av det frie markedets logikk. Effektivitet og ledelseskontroll er blitt satt foran kunnskapskontroll og kollegialitet. Innføringen av en bedriftsrettet markedstangegang har endret de profesjonelle organisasjoners balanse. Svensson og Karlsson (2008) utdyper at profesjonelle yrker skiller seg fra andre yrker gjennom at utøverne ofte må foreta kompliserte bedømminger i enkelttilfeller der de bruker generell kunnskap, det vil si de gjør en skjønnsutøvelse.

Som tidligere nevnt gir dette utfordringer til organisasjonen, ved at skjønnsutøvelse er vanskelig å kontrollere. På den annen side er det i faglig og yrkesprofesjonelt perspektiv blitt pekt på faren ved at profesjonene blir bundet opp mot effektivitetskrav der målsettinger og krav til resultat er plassert utenfor profesjoners kontroll, og hvor profesjonelles skjønsmessige vurderinger kan bli svekket. Dette påpeker Guneriusen (1996) som refererer til sykepleierfilosof Kari Martinsen, når han beskriver fremveksten av en omsorgsrasjonalitet som en motvekt til den instrumentelle fornuftens dominerende stilling i det moderne helsevesenet. Martinsen advarer sterkt sier han, mot en vitenskapsgjøring av sykepleien som legger vekt på de ytre, tekniske og målbare sidene ved sykepleiefaget, og som vil føre bort fra innlevelse og identifikasjon med den andre. Hun er en av flere som fremhever behovet for en omsorgsrasjonalitet som er rikere enn det tradisjonelle rasjonalitetsbegrepet. I tillegg åpner dette opp for vesentlige sider i omsorgen ved menneskelig samliv, verdier og samhandling.

Martinsen (2005) viser til at omsorgsverdier i sykepleien bygger på den praktiske erfaring som er vunnet i møte med den syke. Hun mener at moderniseringen og spesialiseringen i helsevesenet har ført til at pasienter som trenger omsorg og pleie over tid, blir nedprioritert og at resultatet er blitt en omsorgskrise. Hun viser til at i omsorg ligger det et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep, hvor det moralske er overordnet. Hun bygger her på en verdioppfatning hvor det kollektive fremheves. Vi er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre, og dette er noe vi er felles om. I denne henvisningen til hverandre er tillit fundamentalt. Omsorg er også å knytte bånd innenfor felt som har sine menneskeskapte

strukturer, normer og regler, og for at omsorgen skal bære fram, er tid avgjørende for at relasjoner skal gi rom for tillit.

Sykepleiefaget har en historisk lang tradisjon. Hamran (1995) tar også med Martinsens tankegang når hun diskuterer sykepleiefaget. Hun viser til at gjennom samarbeid med hverandre, kollegaer og gjennom arbeidet med syke mennesker, har sykepleiere og hjelpepleiere i stor grad selv stått for å vurdere hva som er godt arbeid. Det er en nær forbindelse gjennom det praktiske virket og yrkesetikk. Pleierne inngår i ulike former for samhandling og samarbeid, fordeler arbeidet og avløser hverandre. På denne måten danner de en arbeidsform. Kontinuitet og samarbeid er eksempler på typiske arbeidsformer. Hun påpeker at for å fremheve yrkesgruppens autonomi, er behovet for tradisjonelle strukturer tilstede noe som gjør en bestemt kompetanse til yrkesutøverne mulig. Hun påpeker også at det er gjennom skjønn og vurderinger det gode arbeidet fremheves.

Hamran (1996) påpeker at krav til effektivitet gjør at enkelte oppgaver og enkeltpersoner blir kostnadssammenlignet, og tradisjonelle sammenhenger og strukturer blir splittet opp for så å settes sammen på ny måte. Denne restruktureringen endrer innarbeidede ansvarsstrukturer, og på denne måten virker inn på samarbeid og kontinuitet i en etablert kollegial yrkespraksis.

I tillegg til at den yrkesprofesjonelle praksis i stor grad benytter kunnskap, skjønn og etablerer arbeidsformer og struktureringer, er sykepleien som nevnt et omsorgsyrke. Både Martinsen og Hamran advarer mot effektivisering og omorganiseringer som går på bekostning av omsorgen. Olsvold (2003) påpeker også dette spenningsfeltet. Omsorg kan ikke måles, de er myke verdier. Dette fører til utfordringer innenfor i et moderne helsevesen, der effektivitet vurderes gjennom målbare indikatorer. Bak dette ligger det en ideologi om at vitenskap skal komme før praksis. I omsorgspraksis fremheves det motsatte. Sykepleiere håndterer omsorg og ivaretagelse av pasientens tillit individuelt og kollegialt innenfor styrende rammer med krav til målbarhet og effektivitet. Dette kan føre sykepleieren inn i moralske dilemmaer, hvor hun står mellom organisasjon og pasient.

5.3 Ansvar og ansvarspraksiser.

Et kunnskapsteoretisk utgangspunkt som jeg vil legge til grunn i studiet er at sykepleiere som virker innenfor sitt felt er styrt av ansvar på ulike måter. De virker i tillegg til en

organisasjonspraksis, yrkes og omsorgspraksis også innenfor en ansvarspraksis. Jeg bygger i stor grad min forståelse av ansvar og ansvarspraksiser på Nina Olsvolds avhandling *Ansvar og yrkesrolle* (2010). Hun har på sin side hentet inspirasjon fra den amerikanske feministen og filosofen Margareth Walker. Jeg har også støttet meg til en artikkel av Harald Grimen (2011) som har sett på profesjonelt ansvar og ansvarspraksiser opp mot førskolelærere, men hvor han også overfører teorien til andre praksiser, blant annet innenfor helsevesenet. Olsvold (2010) bruker ordet ansvar, mens Grimen (2011) bruker betegnelsen profesjonelt ansvar i sin artikkel. Han sier selv at det profesjonelle ansvaret må forstås ut fra den måten velferdsstaten bygger en bestemt måte å organisere sin tjenesteyting på, nemlig profesjonsorganisering. Jeg velger videre kun å bruke betegnelsen ansvar og ikke bruke betegnelsen profesjonelt ansvar. Videre er det ansvar som utøves i en ansvarspraksis jeg belyser og ikke den type ansvar vi referer til i vårt dagligliv.

Grimen (2011) forklarer ordet ansvar i en profesjonell organisering ut fra at det er knyttet en plikt til å svare for det man gjør. En person som har et ansvar må kunne svare for sine handlinger og gjøren ovenfor noen som har rett til å kreve slike svar. Ansvar er videre ofte delegert. Det er et noe man tar på seg eller får, og det følger en delegert makt til å vurdere, ta avgjørelser og handle innenfor et bestemt område. Olsvold (2010) beskriver ansvar som en dyd, og at så lenge vi og våre institusjoner fungerer som forventet, tar vi det for gitt eller lar være å problematisere det. Vi blir ofte først oppmerksomme på det når noe svikter eller har gått galt.

Ansvarspraksis er et begrep Olsvold (2010) har hentet fra Walker og blir forklart på følgende måte: *Ansvarspraksiser er i følge Walker, sosialt institusjonaliserte mønstre for å anse, akseptere, kreditere, avvise eller forskyve ansvar på områder der det er behov for menneskelig oppmerksomhet, innsats og omsorg* (s.32). Dette er praksiser som når de kartlegges viser hvem som tildeles ansvar. Hvem som tar ansvar og for hva, hvem som forventes å gjøre hva for hvem og hvem som holdes ansvarlig ovenfor hvem. Videre har ansvarspraksiser et moralsk aspekt. Moral i en ansvarspraksis forklares her ut fra at vi er moralske aktører med innsikt og handlinger som er betinget av sosiale erfaringer og posisjoner.

Olsvold (2010) har i sin studie sett på et ansvarsterreng som i hennes studie er en sengepost. Hun har vært opptatt av å tematisere det uspesifikke ansvaret, det som ikke er kategorisert i

som spesifikke ansvarsoppgaver i organisasjonen. Hun presiserer at det er et synlig definert ansvar og på den andre siden et ansvar som ikke alltid er bevisstgjort. Det uspesifikke ansvaret er ikke kategorisert som spesifikke arbeidsoppgaver i organisasjonen, men snarere oppstår som fordringer i arbeidet. Dette er ofte av tilsynelatende banal karakter, som noen føler seg forpliktet å svare på, og andre ikke. Så som aktør i en organisatorisk enhet åpnes det for en skjønnsmessig vurdering. Det vil si at vi i forskjellig grad kan velge hvor mye, eller hvor lite vi tar på oss, og dette er ikke nødvendigvis noe vi er bevisste på. *Mer eller mindre reflekterte definerer vi selv omfanget av vårt engasjement, og hva vi synes det ligger til oss å involvere oss»* (ibid, s 37) Dette fører så til at hvem som gjør hva i den faktiske praksisen, ikke alltid stemmer overens med den formelle anvisningen. Det å se på ulike ansvarspraksiser er derfor nyttig for kritisk kunne vurdere om det er nødvendig å tegne ansvarskartene på nytt.

Grimen (2011) påpeker også at man ikke kan gjøre en organisasjon så tett at alle arbeidsoppgavene ligger klare og entydige innenfor den ene eller den andre yrkesgruppens formelle ansvarsområde. Det er en overlevelsesfaktor for organisasjonen at de ansatte tar ansvar for de uformelle oppgavene, uten at de nødvendigvis har det formelle ansvaret. Oslvold (2010) påpeker også at den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus, både av formell og uformell art, kan forstås som et normativt lim som fordeler og sikrer ivaretagelsen av nødvendige funksjoner og arbeidsoppgaver.

Det er viktig å skille mellom å ha ansvar og å ta ansvar. Grimen (2011) påpeker at ansvarspraksiser må være tilrettelagt på en slik måte at de som har ansvaret også kan ta det. Han viser også til Walker hvor han påpeker at vi ikke kan skjønne ansvar løsrevet fra de samfunnsmessige sammenhengene der ansvaret skal utøves. Organisasjonene må være tilrettelagt slik at de som har ansvaret kan ta det eller delegere det videre. Det uformelle ansvaret må ivaretas. Forhold må også være lagt til rette for at det som må læres for å ta ansvar faktisk blir lært. Dette legger ikke ansvaret på det enkelte individ, men peker på at det må ses opp mot et større perspektiv.

5.4 Organisatorisk kompetanse.

Orvik 2004 påstår i sin innledning i boken organisatorisk kompetanse at *Organisatorisk kompetanse er viktige fordi sykepleiere arbeider i store organisasjoner. For å lykkes i yrkesrollen må sykepleiere derfor mestre organisatoriske roller i tillegg til kliniske* (s13).

Han snakker om en dobbel sykepleierkompetanse som innebærer nettopp dette. For å lykkes må sykepleierne mestre gode kliniske ferdigheter i tillegg til den organisatoriske kompetansen, men som han sier er det ikke alltid like selvsagt at sistnevnte kan være avgjørende for å sikre pasientene faglig forsvarlig hjelp. Det er en forventning til sykepleierne om at de både skal være empatiske og effektive på samme tid, samtidig som at de er en stor arbeidsgruppe som har et ansvar å forvalte knappe helseressurser. De må forstå sin egen rolle i helseorganisasjonen og helseorganisasjonens plass i samfunnet, samtidig som de skal organisere eget og andres arbeid. Dette gir i følge Orvik konturer av en delt organisatorisk kompetanse, nemlig organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse.

Han sier at selve kompetansebegrepet må ses i den sammenheng sykepleien foregår i og begrepet knytter fagkunnskap og organisasjon sammen. Kompetanse er individuelt, men er først og fremst noe fagpersoner har sammen, noe kollektivt. Torunn Hamran (1995) viser også til at kompetanse og yrkeskunnskap utvikles gjennom individets møte med en organisasjon, og utvikles som en tradisjon eller en kultur

Kompetanse er også en endringsfaktor som påvirker seg selv, og i praksis innebærer dette at de som innehar kompetansen må være kritisk til egen og andres praksis. Ikke bare er organisasjonskulturen i endring gjennom blant annet innføring av New Public Management, men også teknologi som er en sterk drivkraft i helsetjenesten fører til at nye metoder tas i bruk. Dette skjer blant annet gjennom innføring av elektronisk pasient journal, noe som medfører krav til samhandling og forståelse på tvers av tradisjonelle organisasjonsgrenser. Dette øker behovet for en organisatorisk kompetanse hos yrkesutøverne (Orvik, 2004).

Dersom den organisatoriske kompetansen ikke er godt nok tilstedeværende kan dette føre til konflikter hos arbeidstakeren. Sykepleiere har en bestemt rolle knyttet til forventninger. Dette kan være forventninger fra pasienter og pårørende om forståelse og omsorg, mens arbeidsgiver forventer høyt arbeidstempo og høy effektivitet. Dette fører til at sykepleieren opplever motstridende forventninger, og man opplever da en rollekonflikt. Rollekonflikter henger sammen med de organisatoriske rammebetingelsene for sykepleie i omsorg og arbeid,

der forventningene begrenser eller øver press i en retning som vedkommende ikke ønsker. Dersom sykepleieren i tillegg ikke innehar nok informasjon om forventet rolle, for eksempel hva målet for arbeidet eller omfanget av selvstendig ansvar er, oppstår en rolledissonans. Her er forventningene uklare og kan være med på å vanskeliggjøre grensesetting i arbeidet. Ofte strekker da sykepleieren seg lengre enn det organisasjonens ressursrammer tilsier. Når ressursene ikke strekker til kan dette føre til en form for avmakt, der sykepleieren ikke føler hun strekker til. Yrkesutøvere kan havne i krysspress mellom ulike rollekrav, det kan bli flerdimensjonalt. De kan stå mellom hensynet til pasient, krav fra seg selv som yrkesutøvere og arbeidsgiver. Rollekonflikten bunner da i hvilke hensyn som er viktigst (Orvik, 2004).

6.0 Metode.

6.1 Studiets design

For å belyse sykepleieres erfaringer i utskrivingspraksis valgte jeg en åpen og fleksibel tilnærming i studiet basert på en kvalitativ forskningsdesign. Thagaard (2009) beskriver den kvalitative metoden som en metodisk tilnærming som preges av et mangfold i typer av data og fremgangsmåter. Det forbindes ofte med nær kontakt mellom forsker og de som studeres, og hvor formålet er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av de personer og situasjoner man studerer. Studiet bygger på en abduktiv metode der jeg som forsker bruker vekslingen mellom min egen forforståelse, teoretiske perspektiver samt data fra informantene til å skape kunnskap innenfor det spesifikke feltet jeg har valgt ut. Med denne bakgrunnen anser jeg studien som deskriptiv og eksplorativ.

Jeg har valgt å innhente informantenes erfaringer for på den måten å kunne belyse en praksis i dette tilfelle en utskrivingspraksis i en bestemt sykehusavdeling. Det har derfor vært naturlig å gjennomføre et kvalitativ studie bygget på intervju. Thagaard (2009) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale mellom forsker og informant som styres av de temaer forskeren ønsker å få informasjon om.

Datamaterialet studiet bygger på er intervju av sykepleiere innhentet på en kirurgisk avdeling på Universitetssykehuset Nord Norge. Jeg valgte å bruke et semistrukturert intervju. Polit og Beck (2012) beskriver formålet med en semistrukturert intervjuguide hvor forskeren sikrer seg at visse områder i området hun ønsker å undersøke blir belyst, men at informanten får fortelle fritt og med egne ord rundt de gitte områder.

En observasjonsstudie hadde også kunnet gitt meg de svar jeg søkte, men tidsaspektet på oppgaven, samt at samhandlingene og vurderingene skjer på flere arenaer førte til en vurdering om at en slik tilnærming hadde blitt for omfattende for denne oppgavens omfang. Dataene ble samlet høsten 2012 gjennom intervju med fem sykepleiere, og analysen ble gjennomført i januar og februar 2013.

6.2 Å forske i eget felt.

Jeg kjente utskrivingspraksis godt både gjennom å ha utført prosedyren som sykepleier, og gjennom deltagelse med å implementere endringer på egen avdeling som sykepleieleder. Det ble viktig å ikke la mine forkunnskaper gjør meg blind for de erfaringer sykepleierne var i besittelse av, ei heller å ilegge informantens meninger som var mine egne. Samtidig gjorde min forkunnskap at jeg hadde en forutsetning til lett å forstå hva informanten beskrev under intervjuene. Thagaard (2009) beskriver også det å forske i eget felt.

«Når forskeren er observatør i egen kultur, kan det være lettere å oppnå en forståelse av informantens situasjon. Det er fordi forskeren deler mange av de samme erfaringene som informanten (...) men det kan også føre til at forskeren har problemer å stille spørsmål som synes selvsagte innenfor kulturen» (s.79).

Videre påpeker hun at problemet med å forske i egen kultur kan være at både forsker og informant kan ha vansker med å belyse forhold som er «selvsagte» innenfor kulturen. For en utenforstående kan slike «selvsagte» forhold være viktig for å forstå helheten. For å unngå dette har jeg forsøkt å vært åpen ovenfor dette feltet samt prøvd å få en distanse. Her mener jeg de teoretiske perspektiver og tidligere forskning på området har en sentral rolle, samtidig at man går inn i studien med nysgjerrighet og i størst mulig grad legger bort forutinntatthet.

6.3 Valg og beskrivelse av avdelingen.

Jeg hadde lenge planlagt å hente materialet i egen avdeling, men så at min rolle som leder ville gi store utfordringer da det var en stor risiko for at de svarene jeg fikk, ville være preget av min egen rolle. Jeg valgte jeg å løse dette gjennom å gå til en annen kirurgisk avdeling på UNN. UNN er satt sammen av tre sykehus i henholdsvis Tromsø, Harstad og Narvik, og har en rekke kirurgiske poster. Jeg valgte å gå til en relativt stor kirurgisk avdeling, med større kirurgiske inngrep for å treffe informanter som relativt ofte skriver ut pasienter videre til kommunal omsorg. Det var viktig for meg at mine funn kunne overføres til egen arbeidsplass,

samtidig er det også viktig at funnene har overføringsverdi for andre personer med erfaringer fra området som blir studert uavhengig av avdeling.

Avdelingen jeg valgte å henvende meg til behandler både elektive og pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Pleiestaben består av sykepleiere og hjelpepleiere, og pleien er organisert i gruppesykepleie. Det er da en teamleder på hver gruppe og det er spesielt i rollen som teamleder at ansvaret for utskriving er størst, men de andre kan også få delegert denne oppgaven fra teamleder. Teamleder jobber mye administrativt og gjennomfører pre-visit og visit med legene. Avdelingen har sykepleieledelse samt en medisinsk fagansvarlig avdelingsleder.

6.3.1 Valg av informanter.

For å samle data valgte jeg å gå til sykepleiere som jobbet med utskrivingspraksis i en sengepost. Behovet om å samle inn data fra et sykepleieperspektiv har to hovedgrunner. Det ene er en forståelse av at sykepleiere er nøkkelpersoner i utskrivingspraksis, og har et stort ansvar i det å effektivisere pasientløpene. Den andre grunnen er at jeg ønsket å se på sykepleierrollen i seg selv opp mot moderniseringsreformenes innvirkning på praksisen. Jeg valgte å ikke å ta med sykepleiere i kommunen som det blir samhandlet med, da det var forholdene innad i sykehuset som var av interesse. Ei heller valgte jeg å ta med leger, til tross for at disse er viktige aktører i prosessen. Dette grunnet tidsaspektet, og at jeg ikke ønsket dette som særskilt fokus. Jeg vil her heller bruke tidligere forskning, samt få frem sykepleiernes oppfatninger om dette samarbeidet. Jeg utelatte også sykepleierledene, da det er sykepleiernes stemme ute i avdelingen som var ønskelig. Jeg ønsket å intervju 4 – 5 sykepleiere med minimum to års erfaring og som hadde erfaring med planlegging og utskriving av pasienter. Det var ønskelig med ett spenn i arbeidserfaringen, slik at noen av sykepleierne hadde erfart de endringer som har vært de siste årene. Tilgangen til informantene fikk jeg gjennom å gå til sykepleierledelsen på gjeldende avdeling, hvor de etter gitte kriterier gjorde et utvalg. Prosessen med å få tak i informanter gikk relativt greit. Sykepleierledelsen på avdelingen leverte ut forespørsel om deltakelse i tre runder, og jeg fikk til slutt fem informanter. Jeg fikk beskjed underveis at noen vegret seg for å stille til intervju ettersom de følte at de ikke behersket de nye rutinene godt nok. Dette var spesielt i forhold til digital meldingsutveksling og dette presiserte også flere av informantene da intervjuene startet. Dette

viser at rutinene er nye og ikke fullt ut implementert og var et viktig aspekt å ta med seg videre inn i analysen.

6. 4 Datainnsamlingen

Det ble søkt om tillatelse for å samle data til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), dette ble godkjent og alle data blir slettet etter prosjektets slutt.

6.4.1 Intervjuguiden.

Intervju som metode for å samle data ville gi meg muligheten til å finne svar på spørsmål jeg søkte. Jeg ønsket også informasjon som jeg i utgangspunktet kanskje ikke hadde tenkt på, gjennom å la informanten fortelle så fritt som mulig. Samtidig var det også viktig å få svar rundt de områder jeg ønsket å belyse.

Intervjuguiden utarbeidet jeg ved å stille spørsmål på noen definerte områder som jeg mente var viktig. Dette innbefattet å få sykepleierne til å beskrive sine arbeidsoppgaver og hvordan de oppfattet sitt ansvar. I utgangspunktet i prosjektbeskrivelsen hadde jeg en forståelse av at det var viktig å belyse samarbeidet mellom sykepleiere og leger i pasientforløpet. I utvikling av intervjuguiden ble jeg mer opptatt av å belyse sykepleiernes rolle og erfaring i utskrivingspraksis. Jeg gikk så fra å spørre direkte om dette samarbeidet til å la sykepleierne selv fortelle hvem de samarbeidet med. Samarbeidet kom frem i empirien, men da styrt av informanten. Videre var faglige vurderinger og prioriteringer ett område jeg ville belyse og temaet endringer og organisatoriske føringer i prosessen ble også etterspurt. Til slutt var samhandling med kommunen et område det var viktig å få vite noe om.

6.4.2 Intervjuene

Informantene fylte kriteriene jeg hadde satt med arbeidserfaring, men en hadde mindre erfaring de siste to årene med å jobbe med utskrivning av pasienter. Årsaken til dette var at hun jobbet deler av sin stilling i poliklinikk. Dette tok jeg med inn i analysen av hennes intervju hvor en del meninger var basert på hva hun hadde hørt blitt sagt i avdelingen, uten at hun selv hadde erfart det. Samtidig bidro informanten med annen relevant informasjon, så jeg valgte å ta intervjuet med i analysen.

Intervjuene ble gjennomført inne på sykehuset, men utenfor informantenes avdeling. Informantene ble informert rundt formålet med studiet, og jeg fikk inn skriftlig samtykke. Det ble også presisert at informanten kunne trekke seg underveis uten begrunnelse. Jeg brukte båndopptaker, noe som var uvant i starten både for meg og informantene. Utover i intervjuene ble fokuset på opptakeren mindre og jeg opplevde at informantene snakket fritt. Alle fem intervjuene hadde en varighet på rundt førti minutter. Jeg valgte å transkribere intervjuene fortløpende slik at jeg fikk gått gjennom intervjuene for å trekke lærdom ut av situasjonen. Det jeg korrigerste underveis var spesielt det å la informanten få nok tid til å fullføre sine svar og fortellinger, og at jeg etter hvert ble flinkere til å stille oppfølgingsspørsmål. Dette ble gjort for å forsikre meg om jeg hadde forstått informanten. Jeg gjentok da det informanten hadde sagt, for så å få det bekreftet eller korrigert. Det var også viktig å forsikre meg om hvem informanten henviste til når hun brukte uttrykk som «vi» eller «dem». Dette viste seg etter hvert i analysen å ha stor verdi. Bruken av intervjuguiden var størst i det første intervjuet og det å frigjøre meg i bruken av denne, opplevde jeg førte til en mer naturlig flyt i samtalen. Bruken av intervjuguiden ble etterhvert redusert til en gjennomgang mot slutten av intervjuet for å forsikre meg om at alt ble dekket. Intervjuguiden dekket det informantene snakket om, og jeg erfarte at de beskrev sine erfaringer utfyllende. Det eneste området jeg opplevde at informantene syntes det var vanskelig å svare på, var i forhold til organisatoriske endringer og føringer. Dette virket å være for diffust og jeg måtte eksemplifisere dette området, men fremdeles var det vanskelig å få sykepleierne til å snakke direkte om dette. Det jeg oppdaget i ettertid da jeg meningsfortettet intervjuene og begynte med kategoriseringen, var at informantene hadde gitt svar men da indirekte.

6.4.3 Transkibering og anonymisering.

Som tidligere nevnt transkiberte jeg intervjuene underveis og hadde stor nytte av det. Transkiberingen var tidkrevende, men gjorde meg kjent med materialet på en god måte. Jeg valgte å skrive på bokmål og ikke dialekt da det ikke var en språklig analyse jeg var ute etter. Jeg valgte også å omforme intervjuet til en mer skriftlig stil gjennom ikke å ta med alle «eh» eller lange pauser. Jeg tok disse med der det hadde betydning for innholdet for eksempel der informanten var tydelig usikker, eller hadde pauser fordi det virket som hun kanskje ville holde noe tilbake. Likeledes ble det i transkiberingen tatt med latter, dette var viktig der meninger ble satt på spissen eller ment ironisk av informanten, og sukk ble også tatt med for å

fremheve områder informanten syntes var vanskelige. Etter transkiberingen var ferdig la jeg disse bort en stund før jeg på nytt hørte gjennom og kontrollerte egen transkibering.

Anonymisering av informantene er i materialet gjort gjennom å gi sykepleierne fiktive navn. Jeg valgte å bruke navn og ikke nummer i presentasjonen for å skape en større nærhet til informantenes stemmer. Sykepleierne i studien fikk følgende navn: Siri, Tone, Åse, Marit og Britt.

Alt som kan gjøre informanten gjenkjennbar er utelatt, uten at dette har gått ut over meningsinnholdet. Jeg valgte å fortelle at dataene er hentet fra en kirurgisk avdeling i UNN, ettersom det var viktig for meg å se på en kirurgisk avdeling da disse har ulike pasientløp i forhold til en medisinsk avdeling. Jeg valgte også å identifisere UNN som foretak, da jeg viser til prosedyrer som er spesifikke for UNN og at beskrivelsen av innføring av digital meldingsutveksling gjorde sykehuset gjenkjennbart. Disse beskrivelsene mener jeg er viktig for å få frem deler av konteksten rundt praksisen.

6.4.4 Etiske betraktninger

Å forske både kvantitativt og kvalitativt stiller krav til redelighet og etiske overveielser underveis i prosessen. Jeg har gjennom dette metodekapittelet ønsket å vise hvordan jeg har tilnærmet meg problemstillingen, redegjort for egen posisjon og beskrevet hvordan jeg har tilnærmet meg felt og informanter. Videre er anonymiseringen ivaretatt og analyseprosessen redegjort for. Studiet ble som nevnt meldt inn til NSD og datamateriale håndtert etter de retningslinjer som ble foreskrevet.

6.5 Analyse og presentasjon.

Med utgangspunkt i en kvalitativ studie basert på intervju valgte jeg å bruke kvalitativ innholdsanalyse som redskap for å analysere de data jeg samlet inn. Jeg har støttet meg på Margrit Schreiers bok *Qualitative Content Analysis in Practice* (2012) Hun beskriver kvalitativ innholdsanalyse som en metode der man systematisk beskriver innholdet i et kvalitativt materiale. Dette ved å klassifisere materialet i meningsenheter og videre utarbeide en koderamme som dekker materialets meninger og tolkninger. Man får ikke ett holistisk overblikk over materialet, men ser på materialet opp mot perspektiver som det redegjøres for. En koderamme bygger på disse perspektivene. Jeg har tidligere gjort rede for disse

perspektivene i inngangen til problemstillingen og gjennom den teoretiske forståelsesrammen. I presentasjonen av funnene forsøkte jeg først å redegjøre for funn i studiet før jeg så diskuterte disse i påfølgende kapittel. Dette opplevde jeg etter hvert ga utfordringer til strukturen i oppgaven, og det førte til mange gjentakelser. Jeg valgte derfor til slutt å presentere funnene ut fra den koderammen som ble utarbeidet, for så å fortløpende diskutere funnene opp mot teoretiske perspektiv og tidligere forskning på området. Jeg valgte også å ta med flere sitater fra informantene, slik at deres stemme ble tydelig i diskusjonen.

Da alle intervjuene var gjennomført og transkribert, gikk jeg gjennom hvert intervju og dro ut meningsenhetene og fortettet disse. Dette var en prosess som tok tid, men som samtidig gikk greit og jeg oppdaget at jeg her benyttet min erfaring fra området i stor grad. Med erfaring var det lett å forstå hva informantene snakket om, og i hvilken sammenheng. På grunn av dette var det viktig for meg etter å ha gjort denne jobben å gå gjennom materialet med et kritisk blikk i forhold til at jeg hadde denne forkunnskapen. Jeg måtte forsikre meg at jeg ikke hadde fortolket utsagn ut av informantens sammenheng.

Etter hvert startet jobben med å kategorisere dataene inn i en koderamme. Dette viste seg å bli en utfordrende prosess, og en for meg helt ny øvelse. Jeg startet med å sortere utsagnene fra alle intervjuene i grupper som ble definert etter intervjuguiden. I disse gruppene hadde jeg flere underkategorier. Jeg fargekodet alle utsagnene slik at jeg hadde en kontroll på om en informant hadde fortalt mye om ett område, eller om flere hadde vært inne på temaet. Å bruke intervjuguiden fikk meg et stykke på vei, men fikk ikke frem helheten i materialet, samt at underkategoriene var vanskelig å plassere i de gjeldende hovedkategorier. Jeg forkastet så hovedgruppene basert på intervjuguiden, og tok utgangspunktet i underkategoriene, og etter hvert kategorier under disse. For å få ett overblikk utformet jeg store tankekart, og satte inn kategoriene i rubrikker, for så å spørre meg selv om hva sier disse kategoriene. Jeg endte da opp med fire hovedkategorier, som også er brukt som overskrifter i kapittelet studiets funn og diskusjon. Underkategoriene ble så satt inn i koderammen, og alle lot seg plassere og da kun under en hovedkategori. Da denne jobben var gjort leste jeg på nytt gjennom råmaterialet fra intervjuene for å kvalitetssikre koderammen og underkategoriene, for å kvalitetssikre at mitt arbeid med kategoriseringen ikke hadde brakt materialet ut av sitt meningsinnhold eller sammenheng. Det ble ikke gjort endringer etter denne gjennomgangen. Jeg ønsker å eksemplifisere hvordan deler av analysen trådte frem.

Informantens utsagn	Meningsfortetning	Underkategori 2	Underkategori 1	Hovedkategorori
Jeg tror at man får et mye mer distansert forhold til pasienten og den problematikken pasienten har	Sykepleieren opplever kommuner som ikke har digitalmeldingsutveksling er mindre distansert	Nærhet/distanse	Nytt IKT system	Samhandling med kommunen
F: Er du trygg på at når du skriver ut pasientene via PLO at her får pasienten den behandlingen han skal ha når pasienten kommer hjem? I: ikke så trygg som jeg hadde vært dersom jeg hadde fått snakket med dem, jeg har jo skrevet det så jeg har jo dokumentert at de skal ha det, men hva de får der hjemme det vet jeg jo ikke.	Sykepleieren føler seg ikke trygg ved utsendelse av pasienten når hun ikke har snakket med mottakeren i kommunen, men kun samhandlet digitalt	Tillit til systemet.	Nytt IKT system.	Samhandling med kommunen

6.7 Studiets pålitelighet og gyldighet.

Jeg har gjennom hele denne prosessen dokumentert fremgangsmåten og vurderinger rundt de valg jeg har tatt i prosjektet, og jeg ønsker med dette å vise at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Videre er min tolkning av de data som kommer frem viktig å

se opp mot den virkelighet jeg har studert. Dette har jeg forsøkt å gjøre rede for i inngangen til denne oppgaven gjennom å beskrive eget utgangspunkt og den kontekst dataene er hentet fra.

”Vi kan sjelden svare ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet ut er sant. Viktigere er det å ta stilling til hva det er sant om – hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har”
(Malterud, 2003, s.24).

Det har vært viktig for meg å behandle alle data på en måte som gjør at de ikke er tatt ut fra sin sammenheng, og at informantens integritet er bevart. Studiets overførbarhet, eller ekstern validitet (ibid) er forsøkt forsvart gjennom å ha redegjort for metode og en teoretisk ramme. En slik studie vil ha en del svakheter. Det er gjennomført på kort tid grunnet oppgavens krav. Materialet er hentet fra en avdeling og ikke sammenlignet med andre lignende felt, slik at de kulturelle forskjeller innad i ulike kirurgiske avdelinger kommer frem. Praksisen er også undersøkt kun via intervju med sykepleiere ute i avdelingen, og et mer helhetlig bilde ville ha trådd frem dersom flere aktører i praksisen hadde formidlet sine erfaringer. Det er også kun brukt intervju, og observasjon hadde kunnet belyst områder sykepleierne selv ikke reflekterte over. Jeg mener dette er viktige forhold å ta med når man leser denne oppgaven.

7.0 Studiets funn og diskusjon.

Funnene i studiet velger jeg å presentere etter hvordan analysen utviklet seg. Det ble fire hovedkategorier som jeg velger å diskutere opp mot tidligere forskning, den teoretiske forståelsesrammen og egen forforståelse. Informantene beskriver sin rolle i utskrivingspraksis som omfattende og utskrivingspraksis er kompleks. Et eksempel på dette er at jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt å vektlegge digital meldingsutveksling. Etter å ha analysert innsamlede data, så jeg at dette ikke kunne utelates da sykepleierens erfaringer rundt samhandling gjennom en digital meldingsutveksling ble fremtredende i mine data.

7.1 Sykepleiernes rolle og arbeidsoppgaver i utskrivingspraksis.

I den første kategorien så jeg på hvordan sykepleierne beskrev sine arbeidsoppgaver i utskrivingspraksis og hvordan disse ble utført. Jeg var ute etter hvem som gjorde hva og til hvilken tid. Jeg var også ute etter hvem de samarbeidet med i avdelingen og hvordan dette samarbeidet utspant seg. Dette for å kartlegge sykepleiernes ansvarsterreng og belyse sykepleiernes vilje og muligheter til å ta ansvar i praksisen.

7.1.1 Arbeidsoppgavene i utskrivingspraksis.

Sykepleierne i studiet beskrev at deres rolle i utskrivingspraksis var omfattende. En av arbeidsoppgavene sykepleierne beskrev, var kartlegging av pasientens behov for pleie og omsorg etter utskriving fra sykehus gjennom samtaler og samhandling med pasient, pårørende og kollegaer. Sykepleierne i studiet beskrev at de brukte faglige vurderinger, og at de brukte skjønn. Dette mener jeg Marit belyste når hun sa: *Hvor stort hjelpebehov pasienten har er veldig individuelt, så der må man bruke skjønn for å vurdere.* Vabø (2007) viser til at det ikke lar seg gjøre å utforme regler og rutiner som fanger opp alle forutsetninger rundt mennesker som inngår i den sosiale tjenesteordningen. Hun viser til at den sosiale tjenesteordningen som skal håndtere komplekse menneskelige problemer må være fleksibel, og forberedt på å møte uforutsette utfordringer. Bruken av skjønn i menneskebehandling organisasjoner har vært legitimert ut fra at det er rasjonelt å overlate beslutningsmyndigheten til mennesker som har den rette kompetansen. Som Svensson (2008) påpeker kan denne beslutningsmyndigheten komme i konflikt med organisasjonens krav, og hvor personell kan komme i rollekonflikt mellom organisasjon og pasient.

Informantene beskrev at etter hjelpebehovet hos pasienten var kartlagt startet dialogen med kommunen. Siri beskrev det som følger: *Først må jeg kartlegge, hva pasienten trenger, også hva slags tilbud kommunen kan gi. Deretter er det å prøve å få det til å samsvare best mulig.* Jeg tolket Siris utsagn dithen at beslutningene her kunne endres underveis. Flere av informantene beskrev en dynamisk prosess der endringer i pasientens behov og kommunens tilbud måtte vurderes kontinuerlig. Dette samsvarer også med egen erfaring i utskrivingspraksis, da pasientens tilstand er styrende i de vurderinger som til enhver tid blir gjort.

Sykepleierne i studiet beskrev at planleggingen av utskrivningen startet under rapporten på morgenen, og dialogen med pasient og pårørende foregikk i de direkte møtene. De beskrev videre at de ventet på previsitt med legen og visittgang hvor deres vurderinger ble diskutert opp mot de medisinskfaglige aspekt som legene hadde. Tiden etter visitten ble brukt til effektivering av de bestemmelser som var gjort under visittgangen. Dette er ut fra egen erfaring en gjenkjennbar beskrivelse av den måten arbeidet og beslutningsprosessene blir gjort på i en sykehusavdeling. Resultatet av denne organiseringen medførte ofte at mye av arbeidsdagen var gått før de visittstyrte beslutningene blir gjennomført. Olsvold (2010) har også sett på forholdene rundt previsitt og visitt i sengepostene, og viser til at dette er en tradisjonell organisering av arbeidet. Hun viser også til at mange av gjøremålene sykepleierne har i sitt arbeid, må ha underskrift eller velsignelse fra legen. Dette gjelder også utskrivingspraksis, hvor blant annet søknader til kommunen skal skrives av legen.

Et annet funn var at alle informantene i studiet fremhevet at tidlig oppstart av planleggingen var nøkkelen til en god utskrivning. Dette er også et fokus jeg har erfart det er jobbet aktivt imot. Tjenesteavtale 5 mellom UNN og kommunene er med på å styre dette gjennom følgende pålegg: *Sykehuset har som ansvar å sende melding til aktuell instans i kommunen innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at det avdekkes at pasienten vil ha forventet/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning* (Vedlegg nr. 1). Her er det klare føringer på at kommunen skal kontaktes så tidlig som mulig. Til tross for dette opplevde sykepleierne i studien at utskrivningen ofte kom i gang for sent og jobben ble gjort i siste liten. Dette funnet ble også gjort av Anthony og Hudson-Barr (1998), samt Watts og Gardner (2005) som beskrev det slik: *The discharge planning process cannot begin too early; ideally data collection should begin before admission (...). Nevertheless, in reality, the commencement of the discharge process tends to be ad hoc.* Denne tendensen til at

utskrivingsprosessen blir utsatt, var en av grunnene til at jeg ønsket å undersøke utskrivingspraksis. Jeg vil utover i dette kapittelet vise til en del funn som kan være med på å belyse dette. Samtidig tror jeg grunnet utskrivingspraksisens kompleksitet, at en helhetlig forklaring er vanskelig å fange.

7.1.2 Samarbeidet med legene.

I utskrivingspraksisen samarbeidet sykepleierne i studiet med andre sykepleiere på teamet og legene. Informantene fremhevet spesielt samarbeidet med legene og erfaringene var sammensatt. Alle informantene opplevde at dialogen med legene var uproblematisk, men opplevde en ansvarsfordeling i samarbeidet som til dels var uklar.

Studiet viste at legene opplevdes som fraværende i vurderingene rundt hvilken hjelp det skulle søkes om i kommunen. Det var sykepleierne som kartla pasienten, identifiserte pasientens behov for videre pleie og omsorg, og vurderte når planleggingen av utskrivningen skulle begynne. Tone beskrev det på følgende måte: *Hvor pasienten skal har jo ikke så mye å gjøre med legen.* Mine funn viste også at det var sykepleierne i avdelingen som initierte oppstarten av prosessen. Åse beskrev det på denne måten:

«Men det er jo ofte vi som sparker utskrivningen i gang, ellers er det slik at de legene sier, ja i dag kan hun reise hjem, og vi sier nei, det kan hun ikke for vi er ikke kommet langt nok i planleggingen.»

Sykepleierne har i følge utskrivingsprosedyren ansvaret for å ta kontakt med kommunen, men de er avhengig av dialog med legene rundt utskrivningen for å starte denne. Informantene erfarte at legens evne til å ta og formidle beslutninger til sykepleierne førte til forsinkelser og brudd i utskrivingspraksisen. *Legene er ikke så flinke å komme frem til at pasienten snart er ferdigbehandlet og formidle det videre. De skulle vært enda mere tydelig slik at vi kanskje hadde fått litt fortgang* (Britt). I en prosess der samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og instanser er gjeldene vil samarbeid ha innvirkning på kontinuiteten. Man er avhengig av at ting gjøres i rekkefølge og til rett tid. Legenes tilbakeholdenhet i forhold til sine beslutninger var også et funn i Anthony & Hudson-Barr (1998) sin studie der det ble påpekt at legene var for lite aktive i forhold til å videreformidle de medisinske planene rundt pasienten.

I beslutningsprosessene rundt utskrivingspraksis er sykepleierne avhengig av klareringer fra legene. Åse beskriver: *Det er jo egentlig legene som tar den endelige beslutningen, men det er jo på bakgrunn av hva vi har fortalt.* Dette mener jeg viser en sterk sykepleierfaglig autonomi i utskrivingspraksis. Dette funnet støttes også av Svensson (1996) sitt studie som omhandlet samarbeidet mellom leger og sykepleiere i fem svenske sykehus. Han viser til en sterk sykepleiefaglig autonomi i utskrivingspraksis, hvorpå han begrunner det i at sykepleieren står i en særstilling i forhold til kunnskapen om pasienten. I et sykehusvesen som omorganiseres og til dels fragmenteres i en tid med reformer sier han:

« The nurse`s knowledge of patients at ward level therefore gives her a unique position.(...) She get to know and observe the patient in an entirely different way from doctors. The nurse knows what the patient can manage to do alone or will need help with; she can see deterioration or improvement that the doctor cannot register»
(Svensson, 1996, s. 384).

Også Anthony og Hudson – Barr (1998) påpeker sykepleierens særskilte posisjon; *Unlike other healthcare providers, they deliver continues rather than episodic care and therefore serve as pivotal professionals in the discharge planning process.* Sykepleiernes kunnskap om pasienten gjør det naturlig at de står for vurderingene rundt pasientens videre hjelpebehov, samtidig som at vurderinger rundt pleie og omsorg til pasienten ligger i deres yrkesprofesjon. At det må være et samarbeid mellom lege og sykepleier er åpenbart, men mine data viser at sykepleierne erfarer at legen ikke involverer seg nok i disse vurderingene, og at det er sykepleieren som tar ansvaret og får beslutningene bekreftet av legene. At sykepleierne tar dette ansvaret er viktig for å få fremdrift i prosessen. Som Grimen (2011) påpeker, kan ikke organisasjonen gjøres så tett at alle arbeidsoppgavene ligger entydige innenfor den ene eller andre yrkesgruppes formelle ansvarsområde. Det er en overlevelsesfaktor for organisasjonen, at ansatte tar ansvar for det uformelle ansvaret, uten at de nødvendigvis har det formelle ansvaret.

Min studie viste at informantene opplevde samhandlingen med legene som uproblematisk. Siri beskrev samarbeidet på følgende måte: *Dialogene mellom meg som sykepleier og legene synes jeg at det går egentlig ganske greit,* og eksemplifiserte det på denne måten: *Jeg mener at en pasient er reiseklar, mens at legen mener at de ikke er det. Jeg sier jammen hør nå her, er du sikker på? Så diskuterer vi, også forandres meninger.* Siri opplevde at dialogen gikk

begge veier og at det fantes rom for forhandling. Et godt samarbeid mellom leger og sykepleiere var også noe Svensson (1996) fant i sin studie. Han hevder at en årsak til at rommet for forhandlinger mellom sykepleiere og leger er bedret, er en endring fra en tradisjonelle hierarkisk modell til et samarbeid, der sykepleiernes innflytelse over den medisinske behandling har økt.

Et viktig funn mener jeg er erfaringene ved beslutningsprosessen rundt ferdigbehandlet pasient. Tone beskrev denne beslutningsprosessen slik:

«Legene kan godt definere når pasienten er ferdigbehandlet, men det er forskjell på å være ferdigbehandlet og ferdigbehandlet, for man ser at pasientene kan ha behov for å ligge ytterligere på sykehus(...) Det må individuelt vurderes og det er ofte vi sykepleierne som legger føringen for det».

Jeg forstår at Tone her beskriver ferdigbehandlet pasient, der det er forskjell på om pasienten er medisinsk ferdigbehandlet fra legens side, opp mot at pasienten er ferdigbehandlet fra et pleiemessig ståsted. Dette gjenkjenner jeg også fra egen erfaring der de medisinske spørsmålene kan være avklarte, men hvor det for eksempel kan være pleiemessige eller sosiale utfordringer som ikke er avklart. I tjenesteavtale 5 står følger: *En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten* (Vedlegg 1). Når melding om ferdigbehandlet pasient går ut og kommunen er klar til å ta imot, må pasienten være reiseklar på alle områder. Dersom kommunen ikke har mulighet til å ta imot registreres dette og kommunen må betale per døgn. Dette mener jeg viser at sykepleieren som kjenner pasienten må ha innflytelse i denne beslutningen, slik at alle forhold er tatt med i når den endelige vurderingen gjøres.

Tone beskriver i sitatet over at til tross for at legen sier at medisinsk er alt som skal gjøres gjort, har hun i sitt møte med pasient vurdert det dithen at pasienten ikke kan reise grunnet andre forhold. Tone bryter med de føringer som sier at legen skal vurdere når pasienten er ferdigbehandlet, og støtter seg på sin kunnskap om pasienten. Hun ivaretar det hun mener er pasientens beste. Dette funnet mener jeg er viktig fordi det for det første stiller spørsmål om hva som er ferdigbehandlet pasient. Ferdigbehandlet pasient er en målbar indikator som anvendes av foretaket for blant annet å måle effektivitet på den medisinske behandlingen. Dersom innholdet i begrepet er uklart er dette viktig å belyse for å få frem ulike variabler som påvirker beslutningen. For det andre stiller jeg spørsmålet om hvem som skal beslutte dette.

Studiet viser at praksis ikke gjenspeiler de føringer som er lagt fra organisasjonen. Jeg mener vi bør diskutere om beslutningen om ferdigbehandlet pasient kun skal være en medisinsk beslutning.

Et annet funn var at informantene hadde en opplevelse at de gjorde jobben for legene. At jobben «falt på dem», mens det egentlig var legens ansvar. Siri beskrev det som følger: *Jeg må sørge for at det blir skrevet en søknad og det er jo egentlig legene som skal gjøre det, men så er det jo slik at vi tar tak i det tidlig og passer på at det blir gjort.»* Dette var også ett av Svenssons (1996) funn. *The nurses must remind the doctors of things that must be done: The nurses have to «nag» and «keep after» the doctors* (s. 392). Det samme aspektet diskuterer også Olsvold (2010) som påpeker at det formelle ansvaret ikke alltid stemmer overens med organiseringen av arbeidet, og at dette kan være en kilde til konflikt mellom leger og sykepleiere. Hun beskriver at sykepleierne har en opplevelse av å jage etter legen når han er inne på avdelingen, eller ringe for å be om at han gjør det hun ikke har autoritet til å gjøre. Legen opplever dette muligens som mas og uselvstendighet. Dette er forhold som jeg kjenner igjen fra egen erfaring. Utskrivingspraksis er avhengig av at legen skriver søknader, og tar beslutninger rundt forhold i utskrivningen som må avklares. Som mine data viser mener sykepleierne at ansvaret i utskrivingsprosedyren i stor grad ligger på legene, mens det i praksis er sykepleierne som naturlig tar ansvaret. Jeg en mer presis plassering av det formelle ansvaret kan redusere konflikter. Det kan være med på å redusere den negative følelsen informantene hadde ved å gjøre jobben for legene.

Det er viktig å påpeke at til tross for en sterk faglig autonomi i prosessen, hadde informantene respekt for legens endelige beslutning.

«Jeg stilte bare spørsmål om hun var ferdigbehandlet og om vi kunne begynne å planlegge hjemreise, og da ble jeg avfeid at nei, den her pasienten skulle være, og jeg fikk det forklart ut fra et hans kompetanse, så da skjønner jeg og har full forståelse for at pasienten ble» (Britt).

Det endelige ansvaret plasserte informantene hos legen, og det var legen som hadde det siste ordet i den medisinske vurderingen.

7.1.3 Informantenes erfaringer rundt lederens rolle.

Lederne ved avdelingen hadde også betydning for informantenes opplevelse av utskrivingspraksis. De opplevde at lederne var mere fraværende enn tidligere og mindre delaktig i den daglige driften grunnet andre oppgaver.

«Tidligere var vi mere forberedt på den pasienten som kom, om han kom på bære eller han kom i rullestol. Vi så han litt mere for oss når avdelingssykepleiere satt på morgenen og leste opp dagens pasienter. Allerede da begynte vi med føringer fra ledelsen, nå kommer den og den, nå må dere gjøre det og det. Da deltok oversykepleieren hver morgen, og nå er hennes rolle borte, nå går informasjonen bare rett fra kontor, og lapper ligger på bordet. Da har du allerede der mistet den beskrivelsen av den som kommer, så vi vet ikke hvem som er der før vi plutselig går og hilser på. Dette virker jo inn på vår planlegging» (Britt).

Britt beskriver her at avstanden mellom lederne og sykepleierne har økt. Orvik (2004) peker på at NPM gir lederne en sentral betydning hvor de går bort fra å lede eget fag til å ta helhetsansvaret for en organisatorisk enhet. Økt fravær av ledelsen og en større distanse opplevdes som en svekkelse av pasientløpet av informantene, og at mer av ansvaret faller på sykepleierne i avdelingen. *Lederne som før var tilstede kanskje på grupperapportene, de er borte fordi de har så mye annet å administrere* (Britt). Den rollen lederen hadde hatt på rapportene ble tatt over av sykepleierne.

På den andre side erfarte sykepleierne at det var lett å be lederne om hjelp når de stod fast. Likeledes var sykepleierlederne også aktive i implementering av de nye rutinene. Marit sa: *Avdelingssykepleieren har jo vært med i opplæringen av oss i avdelingen, så hun har jo vært til stor hjelp i prosessen.* Informantene opplevde at lederne var tilgjengelige og aktive i opplæringen, men var i mindre grad med på å styre den daglige planleggingen nå enn tidligere.

7.1.4 Refleksjoner rundt ansvar i utskrivingspraksis.

Jeg hadde som utgangspunkt en formening om at sykepleierne tar mye ansvar i utskrivingspraksis. Det som overrasker meg etter å ha analysert datamaterialet, er hvor omfattende dette ansvaret er. Ikke bare har sykepleierne et stort ansvar, de tar også på seg ytterligere ansvar. Dette har vist seg å være viktig for at utskrivingspraksis ikke skal stoppe opp. Som Tone sa da jeg spurte om hva hennes arbeidsoppgaver i prosessen var:

«Jeg har ikke noen spesifikke, definerte arbeidsoppgaver i utskrivingsprosessen, da gjør jeg jo alt.(...)Ordne med konvolutter, se til at pasienten får med epikrise og resepter, og at de får hentet ut resepter, informere hjemmesykepleie, pårørende, ordne med transport, bestille ambulansedy, ambulanse, informere pasienten, pakke for pasienten, se til at han får med seg alt, i fra blomster til sko. Nei vi gjør jo alt, det er jo en del av en sykepleieres hverdag.»

Tone beskriver i sitatet over at hennes ansvar i prosessen å «gjøre alt». Sykepleiernes omfattende rolle i utskrivingspraksis var også ett funn i Watts og Gardners (2005) studie, hvor majoriteten av sykepleierne oppga at de hadde total kontroll over planleggingen av utskrivingsprosessen. Tone viser også til den omfattende rollen i utskrivingspraksis som en del av sykepleierens hverdag. Orvik (2004) refererer til sykepleierne som organisasjonens lim, og at de gjennom sin rolle bidrar til å holde sykehuset sammen. Dette viser til den evnen sykepleiere har til å ta på seg ansvar, både formelt og ikke minst uformelt.

Olsvold (2010) har inngående gått inn på det å ta ansvar i sykepleierens ansvarspraksis hvor hun særlig tar opp det uspesifiserte ansvaret. Dette vil si de vurderinger og utførelse av de ting som må gjøres, men som ikke spesifiseres og anvises formelt. Hun sier også at dette ofte inngår i tatt for gitte forventninger til sykepleierens yrkesrolle. Det samme påpeker Orvik (2004) når han sier at sykepleierne tar et ansvar for pasientene som både de selv og andre profesjonsgrupper tar for gitt. Mine informanter så det også som naturlig at de skulle «gjøre alt» i prosessen, og at de ofte ønsket dette da det medførte at de faktisk hadde mere kontroll på prosessen. Dette kan man se opp mot at sykepleiere føler ansvaret for pasienten i den jobben hun gjør. Dette bekrefter Marit: *At jeg gjør en god jobb er en kvalitets sikring for at pasienten får hjelp. Han har jo også krav på den helsehjelpen ikke sant, selv om han blir overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.* Hennes utsagn viser hvordan sykepleieres ansvar har en ekstra moralsk dimensjon fordi den jobben hun gjør, vil få

konsekvenser for pasienten som ikke nødvendigvis har ressurser til å stille opp for seg selv. Grimen (2011) beskriver at å virke i en ansvarspraksis har en moralsk dimensjon i seg selv. Han viser til at det å ha ansvar er å kunne svare for det man gjør ovenfor noen som kan kreve et slikt svar, og man har ansvar for å inneha for eksempel den kompetansen som kreves i praksisen. Sykepleie er et omsorgsyrke og som Martinsen (2005) beskriver er den moralske dimensjonen i omsorgen bygget på at mennesker overleverer seg til andre og tillit er et utgangspunkt. Pasienten har tillit til at sykepleier gjør en jobb som medfører at han fortsatt vil få pleie og omsorg etter utskrivelse fra avdelingen. For mine informanter var ansvaret for at pasienten skulle få riktig pleie videre i kommunen overordnet. Samtidig måtte de svare på kravene fra foretak og kommune. Dette kan føre til at sykepleierne kan havne i krysspress, der de kan komme i situasjoner hvor de ikke er i stand til å oppfylle alle kravene som blir stilt.

Funn i studien viste at ikke alle sykepleierne tok ansvar i praksisen. Det var flere grunner til dette. Tone beskrev følger: *Det er ikke alle pleierne som tar ansvar for utskrivingsprosessene, jeg tror mange synes det er tidkrevende, og de orker ikke å sitte i de telefonene, eller de har det travelt, de rekker det ikke, eller de prioriterer det ikke.* Dette viser at tiden virket inn på muligheten for å ta ansvar. Jeg diskuterer tidens betydning for utskrivingspraksis videre i avsnittet som omhandler organiseringen av arbeidet.

Informantene beskrev også at sykepleiernes kunnskap rundt praksisen var viktig for muligheten til å ta ansvar. Åse beskrev dette: *Det er mange som ikke kan alt rundt utskrivningen, og som ikke tør å prøve heller.* Endringer i praksisen som jeg kommer tilbake til, har medført at kravet til kunnskap rundt utskrivingspraksis har endret seg. Informantene erfarte at ikke alle sykepleiere i posten tok ansvaret for utskrivning fordi de var usikre på prosedyren, og ventet til noen som var kunne dette bedre kom på vakt. Grimen (2011) sier at profesjonelt ansvar hviler på den forutsetningen om at de som innehar ansvaret er kompetent til å utføre de oppgaver hun er satt til, og en forutsetning for dette er at forholdene er lagt til rette for at det som må læres for å kunne ta ansvar faktisk blir lært. Det er for en organisasjon og dens ledelse viktig å legge til rette for at kompetanse tilegnes. Samtidig mener jeg også at man må bevisstgjøre ansatte det ansvaret hver og en har for å tilegne seg tilstrekkelig kompetanse.

7.1.5 Oppsummering

Jeg mener studiens funn rundt beskrivelsen av informantenes arbeidsoppgaver viser at utskrivingspraksis er mangfoldig. Det foreligger en kompleksitet mellom organisasjonens føringer og sykepleierens skjønn. Det eksisterer en dissonans mellom ønske om tidlig oppstart av planlegging av utskrivningen og det som erfares i praksis. Studiet viser at legene er fraværende i beslutningene rundt hvilket kommunalt hjelpebehov pasienten har, og sykepleierne har en faglig autonomi i denne prosessen som er grunnet i kunnskapen rundt pasienten. Dette gjenspeilet seg også i vurderingene rundt når pasienten er ferdigbehandlet. Organisatoriske føringer har plasser mye av ansvaret på legene, men studiet viser at det er i stor grad sykepleierne som naturlig tar dette ansvaret i praksis. Dette fører til en opplevelse av å gjøre jobben for legene. Ledelsen oppleves som mer fraværende enn tidligere, noe som fører til et større ansvar på sykepleierne i avdelingen.

7.2 Organisatoriske føringer og utskrivingspraksis.

I den andre kategorien ønsket jeg å belyse de organisatoriske føringer som virker inn på utskrivingspraksisen ved UNN. Jeg hadde som et utgangspunkt en forståelse om at utskrivingspraksis er en praksis i endring, grunnet blant annet samhandlingsreformen. Det har derfor vært viktig å belyse hvilke eventuelle endringer informantene erfarte, og hvordan informantene erfarte disse endringene. Avslutningsvis diskuterer jeg sykepleiefagets rolle i organisasjonen og hvordan denne kommer til uttrykk i utskrivingspraksis.

7. 2.1 Endringer i utskrivingspraksis.

Utarbeidelsen av tjenesteavtalene mellom sykehus og kommuner har gitt tydelige føringer på det ansvaret de ulike instanser har. Endringene i utskrivingsrutinen består i mer tydelige føringer på når beslutninger skal tas, videreformidles, og av hvem. Tjenesteavtalene mellom UNN og kommunene presiserer dokumentasjonskravet spesifikt og det er tilkommet et økt krav til dokumentasjon. Funn i studiet viste at kravet til dokumentasjon ble opplevd som en økning av arbeidsmengden. Marit beskrev følger: *Man skal skrive tidligmeldig, søknader, sykepleieepikrise og prosedyrer. Jeg synes det er blitt en mye mere papirmølle og mye mer jobb.* Samtidig presiserte informantene at god dokumentasjon viktig for å forsikre seg om at pasienten fikk god omsorg videre. Siri påpekte: *En god utskrivning, det er jo at vi fått gitt alle opplysninger om pasienten, og at jeg kan føle at hjemmesykepleien ikke trenger å være*

usikker på noe, at de får alle papirer på den pasienten. Så god dokumentasjon var med å si noe om kvaliteten på utskrivningen.

Informantene pekte også på at økt dokumentasjonskravet bidro til at fokuset var endret. *Før så synes jeg det har vært mere slik at ting kanskje ikke er blitt dokumentert like mye som nå, nå er det slik at alle har en plikt det er ikke bare sykepleiere og hjelpepleiere, men også leger (Marit). Den nye utskrivingsprosedyren gir føringer for når dokumenter og meldinger skal sendes, og dette var en pådriver for tidligere å planlegge utskrivningen. Vi har kanskje blitt flinkere den seneste tiden med all den dokumenteringen, det har blitt litt ett spark bak at vi er nødt til å begynne å komme i gang tidligere (Åse). Dette mener jeg er med på å belyse at innføringen av de nye utskrivingsprosedyrene, virker som en kvalitetssikring i utskrivingspraksis.*

Som jeg viste til i forrige kapittel erfarte sykepleierne i studiet at jo tidligere man kom i gang med planleggingen, jo bedre ble prosessen. Målet var å starte planleggingen ved pasientens innkomst. Allikevel opplevde man at planleggingen kom i gang for sent. En forklaring på dette er at det på avdelingen var gjort endringer i mottaket av pasienter som gjorde dette vanskelig.

«For sen planlegging har jo noe med listepasientene å gjøre også. Vi får jo iblant ti listepasienter om dagen, og vi prøver å kartlegge alle som vi tenker kanskje har hjemmesykepleie. Før da vi hadde et annet system gikk vi inn i DIPS¹ og skrev litt sykehistorie, hvor de var fra og om de hadde hjemmesykepleie. I dag tar vi rett ut bare navn og nummer og ikke noe mer, og knapt nok diagnosen, så noe er borte med dataene der. Vi satt jo og skrev lange sider om vedkommende som kom inn, slik at man var mere forberedt. I dag kan man tro at man tar imot en sprek oppegående pasient, også kommer han med bære uten at vi er forberedt. Det er noe der som er blitt borte. Så det kan godt hende vi må litt tilbake til det gode gamle systemet» (Britt).

Britt beskriver her en endring som gjorde det utfordrende for sykepleierne å gjennomføre det som alle påpekte var viktig, dermed ble kartleggingen av pasienten utsatt til senere i pasientløpet. Tone så ofte resultatet av for sen igangsetting av dette arbeidet. *Det blir det ofte slik at når man ser at pasienten er ferdigbehandlet så ligger pasienten faktisk på vent på*

¹ Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus

sykehuset fordi man ikke har avklart alt med hjemmesykepleien og hjemmetjenesten. Dette bekrefter den oppfattelsen jeg hadde før datainnsamlingen. Det å kartlegge mulige årsaker til at disse situasjonene oppstår, mener jeg er viktig for å kunne tilrettelegge forholdene i utskrivingspraksis på en best mulig måte.

Den endringen informantene var mest opptatt av og som er et viktig funn, var innføringen av digital meldingsutveksling. Innføringen av elektronisk samhandling gjennom pleie og omsorgsmeldinger (PLO) er igangsatt ved UNN, som et svar på et politisk ønske om en pasientjournal. Dette var det området alle informantene omtalte først, når jeg spurte om hvilke endringer de erfarte. Det var tydelig at de nye rutinene rundt digital meldingsutveksling gjorde utskrivingspraksisen mer utfordrende. Som Tone sa: *Nå som vi har fått PLO så synes jeg faktisk det vanskeliggjorde det å gå til det skritt å gå fremfor datamaskinen og sette seg ned å skrive disse dokumentene som skal sendes, på grunn av prosedyren.* Hun hadde her fått et arbeidsverktøy hun ikke var bekvem med.

Bruk av IKT i helsevesenet er et eget forskningsområde i seg selv, det er omfattende og et område i stor utvikling. Berg (2001) har sett på hva som taler for og imot at en slik innføring skal lykkes. Han påstår at en faktor for ikke å lykkes er når brukere ikke er tilstrekkelig involvert i utformingen og bruk av digitale løsninger. Løsningen kan da bli ulogisk fra brukernes synspunkt og føre til at systemet motarbeide brukernes arbeidsrutiner. PLO meldingene er en systemisk føring som er innført i hele foretaket, og sykepleierne jeg intervjuet hadde ingen påvirkning i prosessen. Implementeringen hadde bare foregått i 6 måneder da jeg gjennomførte intervjuene, og funnene må ses i lys av dette. Samtidig ytret de også et håp om at ting skulle «gå seg til» i forhold til PLO meldinger.

«Samtidig ser jeg jo at det er veldig lett vint å sende en PLO melding, for nå slipper man jo å ringe, man må jo ringe og mange ganger også, men når har vi en pasient som kommer inn som har hjemmesykepleie fra før av, så sender vi bare melding om at han nå er kommet til oss. Jeg tror nå at når vi ting til, og det er ennå nytt ikke sant, og når vi får det til å fungere så blir det bra til slutt» (Marit).

Berg (2001) og Aanestad & Olaussen (2010) viser til at erfaringer i implementering av nye teknologiske løsninger i helsevesenet er en tidkrevende, langvarig og uforutsigbar prosess. Det foregår en transformasjon som viser seg i endringer både av innhold og organisering av arbeidet. Endringene som oppstår er heller ikke nødvendigvis fra det bedre til det verre, eller

omvendt, men snarere flerdimensjonale. Ikke all effekt er nødvendigvis planlagt eller ønsket. Innføringen av digital meldingsutveksling har gjort noe med sykepleiernes arbeidsform i praksisen, der dialogen er flyttet fra muntlig til skriftlig utførelse. Dette vil jeg komme nærmere inn på i delen hvor jeg omtaler samarbeidet med kommunen.

I tillegg til at PLO meldinger ble gjennomført som en del av ny prosedyren, var ikke alle kommunene implementert når verktøyet ble tatt i bruk. Dette førte til det var to ulike prosedyrer å forholde seg til. En til kommuner med elektronisk meldingsutveksling og en til de som ennå ikke hadde innført dette. Dette erfarte informantene som en ekstra belastning. *Det er en veldig usikkerhet når denne PLO er kommet, så nå føler jeg at det er en veldig uro i avdelingen i forhold til hva er det, er det PLO eller ikke* (Britt). Dette viser at i tillegg til usikkerhet rundt nye prosedyrer, så var det i tillegg usikkerhet rundt hvilken prosedyre som skulle brukes i forhold til hvilken geografisk tilhørighet pasienten hadde. Dette var en tilleggsfaktor som bidro til at utskrivingspraksisen ble mer utfordrende.

7.2.2 Pasientløps betydning for utskrivingspraksis.

UNN har lagt klare føringer for at de ønsker mer effektive pasientløp og kortere liggetid i sengepostene. Dette som svar på Samhandlingsreformens ønske om bedre ressursutnyttelse i helsevesenet. Det har ført til at tiden pasienten er i sykehuset, er redusert grunnet disse føringene. Tone beskrev følgende: *Vi ønsker å starte med utskrivingsprosessen på samme dato som pasienten kommer inn, fordi vi er en kirurgisk avdeling og primært tenker vi oss et visst pasientforløp med x antall dager.* Fra egen erfaring har jeg sett at tiden pasienten er inne på sykehus er redusert grunnet polikliniske utredninger, og flere inngrep som gjennomføres med kikkhullskirurgi. Wagner & Carlsund ser i sitt studie på reduksjonen i tid i møte mellom pasienter og sykepleiere. Dette som et resultat av akselerende pasientløp hos pasienter som fikk gjort abdominal hysterektomi. De utførte intervju av sykepleiere i to omganger med åtte måneders mellomrom. I den første runden gjorde de funn som viste at det var en bekymring blant sykepleierne i forhold til om at de på den korte innleggelsestiden kunne gi den omsorgen kvinnene hadde behov for. Da temaet ble tatt opp igjen etter åtte måneder hadde sykepleierne inntatt en mer pragmatisk holdning, hvor de ikke så nødvendigheten av å involvere seg i «alt» med begrunnelse i pasientens korte opphold. I min studie ga Siri uttrykk for en holdningsendring i utskrivingspraksis:

«Det var litt sånn holdning før følte jeg at dersom lederen kom inn og spurte om når skal den og den pasienten reise, var det nesten slik at folk himlet med øynene. Det er ikke en slik holdning lenger, det er en del av jobben rett og slett. Nå må vi tenke utskrivning før pasienten blir operert»

Hun erfarte en holdningsendring rundt utskrivingspraksis, og at det var nødvendig å tenke utskrivning allerede ved innkomst. Det samme presiserer Tone i sitatet over hvor hun henviser til pasientløpet, og at pasienten skal ligge inne i x antall dager. Disse holdningsendringene mener jeg vi bør følge med på for å vurdere om alle endringer er ønskelige.

Jeg mener behovet for pasientløp er nødvendig hvor formålet med disse er å sikre pasienten en best mulig behandling. Haugtomt (2003) påpeker at en behandlingsskjede bør beskrive pasientens vei gjennom behandlingsapparatet, og å definere en tidsramme og klargjøre hver partners ansvars og myndighetsramme. Dette sier han kan forhindre konflikter knyttet til ansvarsfordeling og at pasienten faller mellom to stoler. Videre har han sett på at innføringen av integrerte behandlingsskjeder, har møtt motstand hos klinisk personell, ettersom man opplever et spenningsforhold mellom standardisert og individuell behandling. Helsepersonell føler ofte at behandling ikke kan standardiseres i en bestemt prosedyre. Som han presiserer betyr ikke dette at integrerte pasientkjeder ikke bør og kan utvikles, men det må legges til rette for en syntese mellom prosedyren og personalets kliniske ferdighet. Av egen erfaring har jeg sett at pasientløpene som er innført i egen avdeling bygger i stor grad på medisinske hensyn og vurderinger. Sykepleiere har tilpasset seg de endringer som er gjort uten nødvendigvis å ha stilt spørsmål ved hva det gjør med de sykepleiefaglige aspektene i behandlingen av pasienten. Studiets funn viser at dette kommer til uttrykk i utskrivingspraksis, hvor det medisinske rundt pasienten ofte er avklart før sykepleierne har gjort sine vurderinger og gjort pasienten klar for overflytting til kommunen.

Skal sykepleiere kunne påvirke disse prosessene mener jeg at en organisatorisk kunnskap er viktig for å kunne forstå hvordan en påvirkning kan gjøres. Orvik (2004) har også fremhevet dette på grunn av at sykepleiefaget befinner seg i en ny organisasjonsvirkelighet, som har gitt nye rammer for sykepleie og helsefaglig samarbeid. Min studie er gjort i sykehus, noe som Svensson (2008) benevner som en menneskebehandler organisasjon. I disse organisasjonene er det ofte relasjoner gjennom direkte møter med pasienter, hvis behov er komplekse. Disse møtene kan for profesjonsutøverne føre til at de kommer i konflikt opp mot

organisasjonens føringer. Organisasjonen er preget av økt målstyring og desentralisert økonomisk ansvar påvirket av en NMP tankegang. Dette mener Svensson har ført til et behov for å forstå og handle innenfor disse rammene for ikke å komme i rollekonflikter. Orvik (2004) påpeker at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp forutsetter organisatorisk kompetanse gjennom at sykepleiere må kunne vurdere rammene rundt pasientarbeidet. *De må kunne argumentere for en pasientvennlig organisasjonsform, slik at hjelpen kan bli gitt på en slik måte som pasienten opplever som omsorgsfull* (s.75). Lojaliteten til sykepleierne i studiet ligger hos pasienten, men denne lojaliteten settes opp mot økonomiske hensyn og arbeidsgiver. Spørsmålet er om arbeidsgiver etter hvert vil legge enda sterkere føringer for hvordan pasientløpet skal effektueres. Jeg tror da at sykepleiernes evne til påvirkning vil være vesentlig for å kunne hegne om den faglige omsorgen.

7.2.4 Erfaringer rundt de økonomiske insentiver.

I Helsevesenet er penger en knapp ressurs, og fokuset på økonomi preger det offentlige rom og yrkesutøvernes hverdag. Den økonomiske tankegangen kommer ekstra tydelig frem i forholdet rundt ferdigbehandlet pasient, der kommunene blir pålagt dagbøter dersom de ikke kan ta imot. Som jeg nevnte i innledningen har UNN hatt stort fokus på å kvalitetssikre utskrivingsprosessen slik at foretaket ikke mister disse pengene. Spørsmålet er da om sykepleierne som har så stor innvirkning på prosessen, støtter organisasjonens tankegang og føringer. Mine funn kan tyde på at sykepleierne velger å distansere seg fra dette. Mine informanter var ikke opptatt av «boten» og var ikke opptatt av de økonomiske forholdene rundt samhandlingen. Som Åse sa:

«Jeg synes det er vanskelig når det blir så mye økonomi i det, at vi skal sitte og tenke på den boten. Jeg føler at jeg ikke har noe med den å gjøre, jeg tenker på pasienten, og hva som er best for ham».

Hun fortsatte:

«Kommunene prøver ofte å få oss til å ha dem noen dager ekstra før vi melder dem ferdigbehandlet. Ofte har vi dem liggende fra fredag til mandag før vi melder dem ferdigbehandlet, det er jo egentlig mest for å være grei».

Den lave interessen for de økonomiske konsekvensene og den holdning som Åse la for dagen, er et viktig funn å ta med. Det viser at sykepleierne som innehar mye av kontrollen i

utskrivingspraksisen og foretaket, er på ulik kurs i forhold til de økonomiske konsekvensene av samhandlingen. I og med at føringene gjelder og bringer med seg konsekvenser i form av redusert økonomisk handlerom, mener jeg ledere i organisasjonen bør bevisstgjøre sykepleierne rundt dette. Også på dette området er det viktig for sykepleierne å inneha organisatoriske kompetanse.

7.2.4 Sykepleiefaget og organisasjonen.

Tidligere har jeg vist til at sykepleieren har en sterk faglig autonomi og tar mye ansvar i utskrivingspraksis. Samtidig har jeg også gitt eksempler på der sykepleierne opplever en rollekonflikt mellom fag og organisasjon. Dette ønsker jeg å belyse nærmere. Jeg viser til utsagnet fra introduksjonskapittelet, som jeg mener viser spennet i sykepleiefagets verdier opp de organisatoriske føringene som er innført.

«Alle nye datasystemer og planer, det koker ned til at det er mennesker som sitter her og det er mennesker som sitter i kommunen. Det kan se så fint og effektivt ut på papiret så mye det bare vil, men det vi må ha i høysete og tenke på er jo ivaretagelse av pasienten, uansett» (Tone)

Jeg opplevde en frustrasjon hos Tone da hun fremhevet dette. Fra egen erfaring er ikke dette en frustrasjon hun er alene om. Sykepleierne har en lang tradisjon for å sette pleiens omsorg i fokus. Tradisjonen har vært med på å skape faget, og som Hamran (1996) påpeker har vært med på å skape en arbeidsform som ivaretar omsorgen i pleien. Omsorg er en myk verdi som ikke lar seg måle. I et helsevesen som til stadighet reformeres og preges av teknisk fornuft, gir dette utfordringer for omsorgsyirket. Samtidig mener jeg det er viktig at synet på sykepleiefaget balanseres. Dingwall og Allen (2001) snur om på det og setter fokus på hvordan omsorgsperspektivet står opp mot effektivitetskrav. Dette mener de skaper et gap fordi den emosjonelle, holistiske sykepleieromsorgen som sykepleiere presenteres for, er en myte og at dette fører til en demoralisering av omsorgsyirket. Denne myten hevder de blir legitimert av de som er imot forandringer og fremmer konservatisme og at utdanninger fortsatt bygger opp under dette og medfører et «praksissjokk» for sykepleiere. De sier: *In fact there are rather good arguments for suggesting that this obsession with a mythical past is not serving nursing well in terms of its ability to develop a professional project appropriate to its contemporary and future environment (ibid).*

Det ligger en kjerne av sannhet i dette Sykepleieres forventning til arbeidet må kunne oppnås.. Vi må ha en realistisk forståelse av faget, uten at jeg med min sykepleierbakgrunn mener vi skal se bort fra vår tradisjon om å ivareta omsorgsverdien i yrket. Jeg støtter meg til en tankegang om at for å behandle mennesker, må sidene ved menneskelig samhandling ivaretas og det må gis rom for det særegne og kontekstuelle som Martinsen henviser til (Guneriussen, 1999). Helsevesenet er i endring og jeg mener at det også skal være i endring fordi ny teknologi utvikles og endringer i samfunnet rundt oss krever nye måter å møte menneskers behov for helsetjenester på. Samtidig i tider med omorganisering og fragmentering, er spenningsfeltet mellom forventninger og krav viktig å belyse.

7.2.5 Oppsummering.

Endringene i utskrivingspraksis har pålagt sykepleierne økt krav til dokumentasjon, noe som oppleves som en belastning. Samtidig er dette kravet med på å kvalitetssikre utskrivingspraksis og har ført til en tydeligere plassering av ansvaret, som igjen har ført til en endret holdning rundt arbeidet med dokumentasjon. Endringer av mottak av listepasienter har ført til en opplevelse av at planleggingen av utskrivningen blir utsatt. De nye rutineene har også skapt en holdningsendring i forhold til at det er greit å planlegge utskrivning idet pasienten kommer inn. Sykepleierne erfarer også at tidlig planlegging er nødvendig da pasientene har et definert pasientløp, og at det ligger en forventning til at pasienten skal skrives ut etter x antall dager. Den største endringer informantene erfarte, var innføringen av digital meldingsutveksling, noe som har gjort at utskrivingspraksis oppleves mer komplisert. Studien viser også at sykepleierne distanserer seg fra de økonomiske insentiver og ikke velger å la seg styre av disse. Sykepleierne i studiet fremhevet også at deres lojalitet var hos pasienten og fremhevet nødvendigheten av omsorg foran de rutinemessige føringer i utskrivingsprosessen.

7.3 Organiseringen av arbeidet.

I den tredje kategorien undersøkte jeg hvordan arbeidet var organisert i ulike arbeidsformer. På den måten kan studiet belyse hvilke faktorer i organiseringen som fremmet og hemmet utskrivingspraksis. Kontinuitet viste seg å være et nøkkelbegrep, og faktorer som virket inn her var dokumentasjon, turnusordning, de erfarne sykepleierne og tiden.

Å gjennomføre utskriving av pasienter, er en viktig del av pasientløpet. Den planleggingen og de beslutninger som tas, får konsekvenser for pasienter og de behandlingsinstitusjoner som tar over. Utskrivingen i den avdelingen jeg undersøkte, ble planlagt på dagvaktene over flere dager og sykepleierne anga arbeidet som en dynamisk prosess hvor de gikk fra pasient til lege til kommune i flere runder for å få en best mulig løsning for alle parter.

«Det har jo med planlegging å gjøre, for alt skal jo ikke skrives på en dag, dette går jo over flere dager, og gjerne flere uker for alt man vet, og det er viktig at man har et godt samarbeid i teamet» (Siri).

Utskrivingspraksis er til dels en administrativ arbeidsform, hvor mye av arbeidet blir gjort inne på kontoret. I en hektisk hverdag prioriterte informantene de pasientnære oppgavene. Om en pasient var dårlig ble det naturlig å ivareta denne i stedet for oppgaver som ikke ga umiddelbare konsekvenser. Marit var veldig tydelig på dette: *Er det syke pasienter som trenger min hjelp så prioriterer jeg selvfølgelig til dem.* Dette funnet gjorde også Watts og Gardner (2005) i sin studie der sykepleierne i studiet ga planlegging av utskriving en lavere prioritet enn «everyday care». Dette viser at utskrivingspraksis er en praksis som gjøres innimellom andre oppgaver og som lett velges bort og på denne måten blir ofret når tiden er knapp. Dette diskuterer jeg mer inngående under avsnittet tidens betydning.

7.3.1 Den sårbare kontinuiteten.

Informantene fremhevet kontinuitet som en suksessfaktor for praksisen. Studiet viste at kontinuiteten var sårbar på flere områder og at dynamikken i prosessen ble brutt. Hamran (1996) beskriver at arbeidsformer har vokst seg frem over tid i pleiarbeidet, og nødvendigheten av kontinuitet i arbeidet har vært avgjørende for pasientens sikkerhet og velferd. Hamran påpeker videre kontinuitetens sårbarhet i spenningsforholdet mellom nye måter å organisere arbeidet på som et resultat av endringene i helsevesenet, og de innarbeidede arbeidsformene som har vokst frem gjennom pleiarbeidet. Olsvold (2010) fremhever at dette er et spenningsfelt man ikke kommer utenom, og viser til Sidsel Vinges (2003, 2004) studier, om kontinuitet i sykehus. Hun påpeker at selv om kontinuitet i helsevesenet er et honnørord og noe alle ønsker å oppnå, er det langt ifra det som preger helsevesenet i dag. Personkontinuitet og det individuelle ansvaret kan bli satt opp mot systemkontinuitet som skal fremme god koordinering, samordning og felles ansvar. Olsvold sier at i en institusjonell ansvarspraksis blir kontinuitet noe som må sikres kollektivt.

Et funn som informantene opplevde fremmet kontinuiteten, var dokumentasjon. Arbeidet med utskriving ble dokumentert i behandlingsplan i DIPS der man opprettet et dokument som beskrev plan for utskriving, hva som var gjort og videre plan.

”Det er viktig at man dokumenterer hva som er gjort, for oftest så kommer du og tar teamledervakta, så kjenner du egentlig ikke pasientene på teamet, og da er det veldig greit å vite hva som er gjort slik at man slipper å sitte og lete i journalen. Så det bruker vi, men vi kan bli enda flinkere selvfølgelig» (Åse).

Hun beskrev dokumentet som en rød tråd i praksisen. Som jeg har vært inne på tidligere, er kravet til mer omfattende dokumentasjon innført. Dette var med på å bedre kontinuiteten både gjennom at kravet til dokumentasjon ble tydeligere og at PLO meldinger ble lagret som dialog i pasientens journal, slik at sykepleierne kunne gå tilbake å se på tidligere korrespondanse. Her fremmet de systemiske føringene kvalitet på et område som sykepleierprosedyrene ikke fullt dekket. Samtidig opplevde informantene at dokumentasjonskravet ikke ble fulgt til enhver tid, og manglende dokumentasjon var en faktor for brudd i kontinuiteten. Olsvold (2010) påpekte også dokumentasjon som middel for å fremme kontinuitet:

«I sykehus, som i komplekse organisasjoner for øvrig er tekstbasert kommunikasjon avgjørende for å kunne koordinere, anvise og dokumentere aktiviteter i tid og rom, og essensielt for å viderebringe og sammenholde all kunnskapen om pasienten som ellers ville være spredt på mange personer» (s.118)

Et annet funn var at kontinuitet også ble ivaretatt av de erfarne sykepleierne. Gjennom sin evne til å ta på seg økt ansvar i praksisen, styrket de kontinuiteten og effektiviteten. Informantene beskrev at de erfarne sykepleierne var mere i forkant og for eksempel søkte legen på en annen måte en de mindre erfarne.

«Det er ikke verre enn om at jeg plages så går jeg til den ansvarlige doktoren og spør, for å få fortgang, jeg er jo en handlendes dame så jeg vil jo ha ting utført. Jeg vet jo hvilke personer jeg skal gå og snakke med, så jeg ser jo ikke problemet med at jeg ikke får pasienten ut som har vært så lenge og kjenner systemet. Der har jeg en fordel i forhold til de helt unge som ikke kjenner gangen i det» (Britt).

At erfaring høyner effektiviteten er vel kanskje ikke så overraskende funn, og det støttes også av Anthony og Hudson Barr (1998) som så at erfarent personell var i stand til å håndtere

utskrivning med større effektivitet og dette bidrar og så til en sikring av kontinuiteten. Samtidig erfarte sykepleierne i studiet at de som var mindre erfarne forskjøv ansvaret over til de mer erfarne og utsatte prosessen til disse «kom på». I perioder med stor utskifting av pleiepersonell i avdelingen var kontinuiteten i prosessen mer sårbar

«Dersom vi tenker nå i en periode på et halvt år så har vi hatt mange nye og uerfarne sykepleiere, og det går veldig mye på det. Vi som er mere erfarne og vet gangen i det hele, vi får ting til å skje, altså vi får litt mer kontinuitet i ting, mens de som er nyutdannet, uerfaren. Det sier jo seg selv at ting må gå seg til før de blir dreven på dette her» (Marit).

Dette viser at behovet for skrevne rutiner og prosedyrer er viktig for å sikre prosessen, noe de nye rutineene bidrar til. Samtidig er utskrivingspraksis kompleks. En skriftliggjøring alle vurderinger og handlinger som utføres er ikke mulig. Av egen erfaring har jeg sett at nye sykepleiere bruker tid før de starter å jobbe med utskrivingspraksis. For dem er de pasientnære oppgavene og ikke de administrative oppgavene det viktigste å beherske i starten.

Et funn som også belyste hvordan kontinuiteten ble påvirket var sykepleiernes turnusordning. Informantene erfarte at turnusordning og endringer i denne fikk konsekvenser for kontinuiteten i prosessen.

«I: Men det jeg ser er at det glir litt ut, at vi starter planleggingen for seint

F: hvorfor tror du det glir ut?

I: Jeg tror det har litt med kontinuitet å gjøre. Det jeg ser hos oss før var at når vi var teamleder så hadde vi kanskje ei uke i slengen, mens nå har vi kanskje to dager som teamleder, så er vi ute i avdelingen» (Marit).

Som Hamran (1996) refererte til er turnusordningen viktig for kontinuiteten, den dekker døgnet og sikrer en tilstedeværelse. Samtidig viste min studie at sammensetningen av typer vakter viktig for sykepleierens arbeid, og endringer i turnusen på avdelingen var med på å svekke kontinuiteten i prosessen. Turnusplanlegging er kompleks og det er mange hensyn som skal ivaretas. Jeg mener vi som jobber med dette må være bevisste på dens betydning for kontinuiteten.

7.3.2 Tidens betydning.

Tid er en knapp ressurs, og dette får også innvirkning på utskrivningen av pasienter og muligheter for å gjøre ansvarsoppgavene. Sykepleierne i avdelingen oppga at de oppfattet sengeposten som travel, og at man i gitte situasjoner måtte prioritere bort enkelte oppgaver. Som Tone sa det: *Men i en travel hverdag så blir det vel ofte slik at denne utskrivingsprosessen utsettes og utsettes til en sykepleier eller hjelpepleier får anledning til å ta en telefon til hjemmesykepleien.* Dette erfarte også Åse: *Det er jo planlegging av utskrivning som blir nedprioritert dersom vi har dårlig tid en dag, Da sitter man ikke og jobber med hjemreise ikke sant, så jeg tror det går veldig mye på at man ikke har tid.* Olsvold (2010) undersøkte også bruken av tid i sin avhandling og belyser sykepleiernes bundethet av tid. Det finnes en rekke institusjonaliserte tidspunkt for når ting skal gjøres, der noen tidsrom synes å være for korte i forhold til hva som skulle gjøres i dem. Her kommer for eksempel sykepleiernes bundethet av visitt inn. Olsvold (2010) påpeker også at mengden av tidsbelagte gjøremål gjennom dagen skaper krysspress i de travle periodene, og det er nødvendig å prioritere mellom de forskjellige arbeidsoppgavene ut fra hva som er riktig og gjøre til rett tid. Dette medfører dilemma i forhold til tidsbruk på ulike ansvarsområder. Det å ha tid hadde ikke bare innvirkning for muligheten å ta ansvar, den følgende konsekvensen var brudd i kontinuiteten. *Vi har ikke hatt tid i dag, så får vi se om vi får tid i morgen. Det kan ofte føre til at pasienten kan bli liggende mye lenger enn det som i utgangspunktet var tenkt* (Tone). Hun beskriver at utskrivningen stopper ofte på grunn av mangel på tid. Dette funnet støttes også i undersøkelsen til Anthony og Hudson- Barr (1998): *Nurses viewed insufficient time and resources as being partially responsible for lack of continuity.* Å komme i tidspress vil for sykepleiere kunne føre til at hun ikke får gjort pålagte arbeidsoppgaver, som igjen fører til travlere avdeling på grunn av forsinkelser i utskrivelser. Dette mener jeg kan påvirkes positivt ved et bedre effektivt pasientløp og utskrivning som er tilpasset sykepleiernes arbeidsform og ressurser. Summen av tid som en knapp ressurs, dilemma mellom mange ansvarspraksiser og press ovenfra til effektive pasientløp setter sykepleiere i ett krysspress hvor de må prioritere. Dette er også i høy grad et moralsk dilemma mellom ansvaret å gjøre en god jobb, ivaretagelse pasienter i sin yrkespraksis samt svare til forventninger fra ledelse, noe som i situasjoner kan være med på å skape frustrasjon for sykepleiere. Dette ble erfart av mine informanter

7.3.3 Oppsummering.

Studiet viser at kontinuitet er en viktig faktor for å gjennomføre utskrivingspraksis uten brudd i pasientløpet. Kontinuitet opprettholdes av god dokumentasjon, de erfarne sykepleierne, turnusordning og tilgang til tid som ressurs. Alle disse faktorene er sårbare i utskrivingspraksis. Skriftliggjøring av rutiner er viktige virkemidler som styrker kontinuiteten. Studiet viser også at praksisens kompleksitet og organisatoriske forhold i en kompleks sykehusavdeling, fører til at sykepleierne ofte erfarer brudd i kontinuiteten. Å ha tid er avgjørende for gjennomføringen av utskrivningen. Der sykepleierne må prioritere, velger de bort de administrative utskrivingsprosedyrene i forhold til de pasientnære oppgavene.

7.4 Samarbeidet med kommunen.

I den siste kategorien var det erfaringer rundt samarbeidet med kommunen jeg ville vite noe om. Hvordan opplevde sykepleierne samarbeidet, hvilke faktorer fremmet et godt samarbeid og hva i samarbeidet la hindringer i utskrivingspraksis.

7.4.1 En felles forståelse.

Et funn var at sykepleierne i studiet var opptatt av de ulike rollene sykehus og kommune har. *Kanskje det er litt mangel på at man forstår hverandres rolle i pasientforløpet, at vi som sykepleiere eller sykehus skal behandle pasienten. Pleie i etterkant skal skje i hjemmet, og ikke på sykehuset* (Tone). Overgangen mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet kan være en utfordring. For å få denne overgangen best mulig for pasienten er det pekt behovet for en felles forståelse av pasientens behov.

“It is essential in all phases of the discharge process that health and social care personnel share common view of the needs and health and mental status of the client so that an optimal co-ordination of services can be achieved” (Grönros & Perälä, 2005, s. 288).

Melby og Hellesø (2010) fremhever også dette når de peker på at sykehus og kommunal omsorg ofte har ulike perspektiver rundt pasientenes behov for omsorg. Sykehusene har fokus på de akutte tilstandene eller forverringene, mens primærhelsetjenesten jobber langsiktig og ofte med pasienter med kroniske utfordringer. Dette gir også utfordringer i forhold til det fokus og de mål som det jobbes opp imot og som blir kommuniserer til hverandre. Samhandlingsreformen belyser også på denne problemstillingen:

«Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten./brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges» (HOD, 2009)

Samtidig erfarte sykepleierne i studiet at fokuset på utskriving og samhandling hadde gjort noe med samarbeidsklimaet. Siri sa: *Jeg opplever at kommunen nå er mere imøtekommende for de har sikkert også forstått at det er deres jobb å ta imot pasientene når de er ferdige. Sykehuset har sine oppgaver og kommunen har sine. Tone pekte også på nødvendigheten av det tverrfaglige samarbeidet: Så klart det ligger jo mye på sykehusene også så det må jo være et samarbeid, et tverrfaglig samarbeid mellom sykehus og hjemmetjenesten. Det er essensielt og viktig, og jo tidligere man starter prosessen dess bedre.*

Grönros & Perälä, (2005) viser til at helsearbeidere i kommunen oppgir at tidlig oppstart av planlegging rundt pasientene er essensielt for å få et best mulig mottak. Hastige utskrivinger er identifisert som et av problemene i utskrivingsprosessen fra kommunen sin side. Jeg har tidligere diskutert at til tross for intensjoner om tidlig oppstart av planlegging rundt utskrivingsprosessen, blir ikke disse intensjonene oppnådd. Et annet aspekt er at også kortere pasientløp i sykehus gir utfordringer til tidlig planleggingen av utskriving. Dette stiller spørsmålet om organiseringen i forhold til utskrivingspraksis i sykehusenes pasientløp er godt nok tilpasset de pasienter som har behov for videre kommunal omsorg? Som jeg beskrev i eksemplet fra et pasientløp innledningsvis, så ble pasientene utredet poliklinisk før de kom inn i avdelingen dagen før inngrepet. Jeg ser et behov for at planleggingen av videre kommunal omsorg allerede bør starte poliklinisk, gjennom å kartlegge pasienter som er i grenseland mellom å klare seg selv hjemme eller å ha behov for kommunale tjenester. Samhandlingsreformen viser til at spesialisthelsetjenesten bør utvide perspektivene rundt pasientløp til å gå på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå, som et viktig utviklingstiltak (HOD, 2009). Jeg mener det er nødvendig å gå sykepleiefaglig inn å vurdere de konsekvensene akselererende pasientløp bringer inn i utskrivingspraksis. På den måten kan man mer helhetlig tilrettelegge de behov samhandlingen krever.

7.4.2 En økt distanse.

Et viktig funn som ble fremhevet av alle informantene, var rundt samhandlingen med digitale PLO meldinger. Tidligere har jeg vist at de erfarte selve prosedyren som utfordrende. I tillegg opplevde sykepleierne i studiet at å utveksle informasjon om pasienten via digitale meldinger, førte til en distansering fra de som skulle overta pasienten i kommunen. Dette bidro til en usikkerhet om pasienten fikk den hjelp han var vurdert til å ha behov for og som sykepleieren i sin dialog med pasienten hadde kommet frem til. Britt forklarte følgende når jeg spurte om hun var trygg på om pasienten fikk den hjelpen han måtte ha:

«Ikke så trygg som jeg hadde vært dersom jeg hadde fått pratet med sykepleieren i kommunen. Jeg har jo skrevet det så jeg har jo dokumentert at de skal ha det, men hva de får der hjemme det... De får nok den pleien de skal ha, men jeg kan ikke sikre det når jeg ikke har snakket med dem. Jeg vet jo ikke om mine skrevne ord veier like tungt som det jeg hadde sagt».

Da jeg spurte om hun fikk skrevet alt det hun ville i meldingene svarte hun:

«B: Overhodet ikke!

F: Hva er det du mister?

B: Kanskje pasienten sine ord, og gjenkjennbarheten, det å snakke med noen som kjenner pasienten og støtter mine oppfatninger, var mine antakelser riktige? Det å sikre at ting blir fulgt opp.

F: Opplever du distansen som større?

B: Ja, etter den her PLOen, ja absolutt!»

Britt var ikke alene om å erfare dette. Alle informantene fremhevet denne distanseringen, og savnet den muntlige dialogen med sykepleierne i kommunen. Tone forklarte:

«Jeg synes faktisk det er mye bedre å ta den telefonen å snakke med folk enn å sitte å kommunisere via PC. Jeg synes jeg får sagt mye mer, og vært mye mer effektiv og forklart ting mye bedre. Det blir en mye mer effektiv kommunikasjon. Jeg tror dette nye fører til at pleiere får et mye mer distansert forhold til pasienten og den problematikken pasienten har».

Hun beskrev videre at det å ha en god muntlig dialog men kommunen var viktigere enn det å nødvendigvis ha god tid i prosessen, og hun presiserte også tryggheten rundt det å sende pasienten fra seg til noen hun har snakket med.

Torbjørgh Meum (2010) som har sett på overgangen fra muntlig rapport til elektronisk rapport, gjorde noen funn som jeg mener kan overføres til det mine informanternes erfaringer. Hun peker på mulighetene den muntlige rapporten gir til å gi feedback, stille spørsmål og teste ut vurderinger og observasjoner. I en slik interaksjon vil en muntlig rapport omhandle mer enn bare overføring av faktakunnskap. Dette bygger opp under Britts utsagn, der hun beskriver savnet rundt det å få bekreftet egne antagelser og vurderinger rundt pasienten. Pasientene er ikke alltid selv i stand til å redegjøre for seg, og endringer i pasientenes tilstand under sykehusopphold kan være store. Det er derfor ikke alltid enkelt for sykepleiere å vite hva som er pasientens habituelle tilstand, og hva man kan forvente at pasienten kan klare. Der pasientene har kommunale tjenester fra tidligere skal det følge med innleggelsesrapport (UNN/ Helse Nord, Tjenesteavtale 3). Denne innleggelsesrapporten blir også sendt digitalt i de kommuner som har innført dette, og bygger i stor grad på IPLOS². Det vil si at brukerens behov i dagliglivets aktiviteter og helsetilstand, blir angitt numerisk på en skala. Min erfaring er at kommunene ennå ikke helt har implementert gode rutiner på innsendelse av rapportene. På bakgrunn av dette mener jeg at sykepleierne i sykehus mister mye informasjon rundt pasienten. Muligheten til å kunne vurdere pasientene ut fra mer enn det bilde hun danner seg under oppholdet reduseres. Britt beskriver at dette gir seg utslag i andre måter å innhente informasjon på når dialogen med kommunen uteblir:

«Den gode samtalen på telefonen det er jo den man får mange ganger med pårørende. Det er godt å snakke med dem. Så blir jo dem ekstra viktig, slik at de får frem det som hjemmesykepleien ikke får frem, så man kan jo si at pårørende trår kanskje litt mer frem».

Å samhandle pårørende er viktig og nødvendig når pasientene skal reise hjem eller til institusjon. Det er ofte pårørende som står i de utfordrende situasjonene med sine kjære. Britt beskriver her er en situasjon som kan medføre et uheldig stort ansvar eller danne

² IPLOS er et sentralt pseudonymt helseregister med standardiserte data med opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov (Helsedirektoratet, 2013)

urealistiske forventninger. Jeg går ikke nærmere inn på dette, men presiserer at forvaltningsnivåene må være sitt ansvar bevisst.

Det skal nevnes at for kommunalt ansatte viste studiet som Melby og Hellesø (2010) utførte at digital meldingsutveksling førte til større forutsigbarhet, og en bedre mulighet til å planlegge omsorgen i kommunen. De har en annen struktur på sin arbeidsdag som gjør at det for eksempel ikke alltid er like enkelt for dem til enhver tid å motta telefoner. Melby og Hellesø (2010) fant ikke denne opplevelsen av distansering blant sykehuspersonell som mine informanter gav uttrykk for. En mulig forklaring på dette kan være i hvor stor grad man velger å kombinere både muntlig kommunikasjon og digitale meldinger.

Spørsmålet er om hvor stor grad den digitale dialogen ivaretar omsorgen rundt pasienten? Melby og Hellesø (2010) konkluderte i sin studie med at elektronisk meldingsutveksling ikke resulterte i økt integrering av omsorg. Jeg påstår med bakgrunn av mine funn at dersom vi ikke sikrer kvaliteten og åpner opp for muntlig dialog, kan digital meldingsutveksling være en trussel mot omsorgen, dette stikk i strid med de politiske intensjoner.

Et annet funn som viste til en distansering til kommunen var innføringen av tildelingskontor.

«Nei når vi fikk tildelingskontor så kom jo de mere inn som en byråkrat som satt i veien for de gode utskrivingene som var tidligere. Før kunne vi ta kontakt med hjemmesykepleien og få en beskrivelse der vi så for oss både huset og heimen. Vi gjorde en mere konkret avtale hvordan hjemreisen skulle foregå, og jeg følte vi hadde en mye bedre dialog. I dag må vi jo gjennom flere saksbehandlere og trykk på maskinen før vi klarer å få pasienten hjem» (Britt).

Britt mistet her beskrivelsen av pasientens hjemmeforhold som er viktig for å planlegge en adekvat utskriving. Vabø (2007) peker på at NPM ideologien er kommet sterkt til uttrykk i kommunehelsetjenesten gjennom innføring av bestiller utfører modellen. Intensjonen er en bedre kostnadseffektivitet og større rettferdighet i tildelingen av de kommunale tjenester. Innføring av tildelingskontor, er et resultat av dette hvor saksbehandlere vurderer brukerens behov for tjenester. I sykehus gjøres dette sammen med sykepleiere eller annet fagpersonell som innehar medisinsk kompetanse om pasienten, samt pasienten og pårørende selv.

Ett funn som ga uttrykk for den distansen informantene omtalte var når informantene snakket om helsepersonellet i kommunen eller den kommunale omsorgen. De brukte til dels

distanserende uttrykk. De snakket om «de der ute» eller «de på den andre siden». Jeg mener at for å få god samhandling mellom forvaltningsnivåene, er ikke en opplevelse av slik distanse fremmende. Britt uttrykte også et ønske om å minske distansen spesielt i forhold til digital meldingsutveksling:

«Det er usikkerhet i forhold til de PLO dokumentene. Hvem er det som får det og hvem er det som sitter på den andre siden og leser dem. Jeg har savnet litt og sett på «innersida» av maskinen, Hvem er det og når leser de det, og hvordan sitter de og jobber på den andre siden. Slik at man har litt mere forståelse av hvem og hvilken tid blir det sendt til den aktuelle sonen der pasienten skal være, og skjønne litt mer og ikke bare se maskinen foran seg».

Samhandlingsreformen har til hensikt å øke samhandlingen rundt pasienten, og jeg mener studiet viser at man kan sette spørsmål rundt resultatene av noen av de virkemidler som er innført.

7.4.3 Når kommunen ikke kan ta imot.

For å få gjennomført et pasientløp mellom sykehus og kommune, er det viktig at det fungerer for både avsender og mottaksdelen. Det har vært stor skepsis til samhandlingsreformens intensjoner i forhold til et ønske om dempet vekst i sykehustjenesten, ved at en større del av helsetjenesten skal ytes av kommunehelsetjenesten. Jeg skal ikke bevege meg inn i denne debatten, men ta utgangspunkt i at egen erfaring viser at kommunene har utfordringer i forhold til å ta imot pasienter. Dette kan være alt fra sykepleierdekning i distriktene til tilgangen på sykehjemsplasser. Dette erfarte også mine informanter og brudd i pasientløpet førte til frustrasjon.

«Jeg synes det blir feil når vi mener at de burde ha korttidsplass, men så sier kommunen at det er ikke mulig. Det er søkt om korttidsplass og pasientene har får avslag. Man føler seg ganske hjelpeløs da. Man blir jo enig om at man finner den beste løsningen som er mulig akkurat nå til korttidsplass er tilgjengelig. Det er en vanskelig situasjon, iallfall når det er bom stopp, det er helt umulig, uansett hvor syk pasienten er så får du ikke plass. Pasienten kan ikke ligge hos oss heller» (Tone).

Tone blir tvunget til å gå på akkord med det hun mener er faglig det beste for pasienten, fordi kommunen ikke har mulighet og hvor ledelse og sykehus krever at pasienten skrives ut. Hun

kommer i et krysspress mellom ansvar for pasienten, kommunen og foretakets krav. Jeg har tidligere i dette kapittelet kommet inn på denne opplevelsen av å stå i krysspress, og jeg mener en av sykepleiernes største utfordringer i utskrivingspraksis er å håndtere dette krysspresset. Jeg tror at det er viktig å belyse disse utfordringene og bevisstgjøre oss dem, slik at vi kan tilrettelegge praksis slik at disse opplevelsene reduseres for sykepleierne. Løsningene på dette mener jeg er sammensatt, men for å få innvirket på dette problemet, må utgangspunktet være identifiseringen av det.

7.4.4 Oppsummering.

I samarbeidet med kommunen er utgangspunktet om en felles forståelse for utskrivingspraksis viktig for å sikre et best mulig pasientløp. Studien viser at endringer i dialogen fra tidligere en kombinasjon av skriftlig og muntlig til en digital dialog, har ført til en opplevelse av distansering og en utrygghet rundt samarbeidet. Innføringen av tildelingskontor har ført til en opplevelse av byråkrati og en ytterligere distansering. Kommunenes mulighet til å ta imot pasientene har også stor betydning for sykepleierne, da de opplever et krysspress mellom foretak og kommune dersom det blir brudd i pasientløpet.

8.0 Studiens viktigste resultat.

Studiets funn mener jeg viser at utskrivingspraksis er kompleks. Jeg ønsker avslutningsvis å trekke frem seks funn som jeg mener har utkrystallisert seg fra sykepleiernes erfaringer fra utskrivingspraksis, og som jeg mener har en ekstra stor betydning for forståelsen av denne praksisen.

For det første reflekterer studiet at praksisen i de senere årene er endret på grunn av de ulike helsereformene, da spesielt samhandlingsreformen. Disse endringene har ført til utfordringer for sykepleierne i utskrivingspraksis, men at det også har gitt positive konsekvenser i form av blant annet en økt kvalitetssikring.

For det andre viser studiet at sykepleierne er mer enn en koordinator i utskrivingspraksis, og at praksisen er avhengig av sykepleiere for å få sømløse pasientløp. De gjør vurderinger i prosessen basert på individuelle behov hos pasienten og utøver skjønn. Sykepleiere tar stort ansvar i utskrivingspraksis, mer enn det formelle ansvaret utskrivingsprosedyrer angir. Dette

kan ses i sammenheng med en sterk faglig autonomi i prosessen. Denne autonomien grunner i det kunnskapsgrunnlaget sykepleieren innehar rundt pasienten

For det tredje viser studien at spørsmålet rundt ferdigbehandlet pasient bør tydeliggjøres. Prosedyren angir at det er legen som skal definere dette, men at det i praksis er sykepleierne som avgjør når pasienten er ferdigbehandlet. Mye tyder på at sykepleiere og lege definerer utskrivningsklar på ulike måter der sykepleieren ser på et helhetsbilde rundt pasienten, mens legen ser det fra et medisinskfaglig aspekt.

For det fjerde viser studiet at sykepleierne ofte havner i krysspress mellom to eller flere hensyn som organisasjon, fag, kommune eller pasient. Studiet viser at sykepleierne setter pasienten foran de organisatoriske føringene og økonomiske incentiver i utskrivingspraksis. Det er et behov for at sykepleierne innehar organisatorisk kompetanse for å minske spenningen mellom organisasjon og profesjon, og for å kunne være med å påvirke disse områdene.

For det femte erfarer sykepleierne i studiet at kontinuitet er en suksessfaktor i gjennomføringen av utskrivingspraksis, men at denne kontinuiteten er sårbar. Sykepleiernes arbeidsform i praksis er med på å bevare kontinuiteten gjennom turnusarbeid, dokumentasjon, de erfarne sykepleierne og tid som ressurs

Det siste viktige funnet er erfaringer rundt samarbeidet med kommunen. Innføring av nytt digitalt samhandlingsverktøy og innføringen av tildelingskontor erfares av sykepleierne i studien som en årsak til økt distansering til samarbeidspartnerne i kommunen.

Jeg har opplevd gjennom intervjuene at informantene har hatt pasienten i fokus, og har fremstått som pasientens advokat i utskrivingspraksis. Samtidig har studien vist en kompleksitet i den utskrivingspraksisen informantene har sin erfaring fra. Det viser også at det er en vei å gå før pasientløpene oppleves sømløse. Endringer i utskrivingspraksis grunnet moderniseringstankegang i især samhandlingsreformen har gitt direkte konsekvenser for sykepleiernes mulighet til å effektivisere pasientløpene, og jeg mener at man kan stille spørsmålet om endringene har truffet riktig i praksisfeltet.

8.1 Betydning for praksis.

Med bakgrunn i at sykepleieres kunnskap om pasienten i forhold til utskriving, og at de også finner det naturlig å ta dette ansvaret slik mine funn viser spør jeg om ikke sykepleieres ansvar i prosessen også skulle ha vært mere formelt? Dette er ikke et innspill i en profesjonskamp, men som mine funn viser, og som støttes av tidligere forskning, er det sykepleieres vurderinger som ligger til grunn for beslutninger i prosessen. En mer praksisrettet tilpasning av det formelle ansvaret ville kanskje ført til en mer dynamisk prosess. Et eksempel på dette er at det i hovedsak kunne ha vært sykepleierne som skrev søknaden til kommunen. Jeg mener de har kunnskapen om pasienten, og de hadde unngått å jage etter legene for å få dette utført. De medisinske faglige opplysningene ville da bli dekket av epikrisen.

Jeg stiller også spørsmål for hva som er ferdigbehandlet pasient i denne utskrivingspraksis, og at definisjonen i hva som legges i ferdigbehandlet pasient bør klargjøres. Studiet viser at det er flere forhold enn det rent medisinske som påvirker denne beslutningen. Sykepleieren legger pleie og omsorgsmessige aspektene inn i definisjonen, noe som jeg mener er nødvendig i og med at pasienten skal være i stand til å reise når meldingen sendes ut. Samtidig brukes ferdigbehandlet pasient som en målbar indikator på den medisinske effektiviteten. Jeg mener dette området må belyses slik at man ender opp med en felles forståelse av begrepet.

Det er også viktig at praksisfeltet følger utviklingen rundt pasientløpene og ikke undervurderer sykepleiernes kompetanse i utskrivingspraksis. Vi som ledere bør påvirke sykepleiernes organisatoriske kompetanse slik at deres innvirkning blir reel ut fra et faglig perspektiv. Vi bør heller ikke få situasjoner der sykepleierne kun innordner seg endringene uten at vi undersøker konsekvensene. Samtidig stiller jeg spørsmål om at organisatorisk kompetanse alene kan være med på å forhindre rollekonflikter med bakgrunn i spenningen mellom sykepleiefagets tradisjonelle verdier og den teknologiske tenkemåten. Uansett mener jeg nødvendigheten av en forståelse av den organisatoriske konteksten faget er en del av, vil bidra til å redusere spenningsfeltet.

Teknologiske løsninger i helsevesenet er viktige for å få en kvalitetssikker informasjonsutveksling, men studiet viser at disse løsningene også kan virke distanserende og ikke nødvendigvis fremme omsorgen. Vi har verktøyene for god informasjonsflyt. Vi må

sørge for at bruken av verktøyene balanseres slik at de ikke virker mot sin hensikt. Her må vi lytte til brukernes erfaring for å korrigere oss til en best mulig bruk av digitale løsninger.

8.2 Videre forskning

Tidligere studier rundt utskrivingspraksis har konkludert med at dette er et område som i større grad trenger å belyses. Jeg støtter disse konklusjonene, spesielt i en tid med endringer både i samhandlingen og med de teknologiske virkemidlene. Dette er viktig for å identifisere uforutsette virkninger av endringer. Jeg mener behovet for flere studier på norske forhold er spesielt viktig ettersom vi må se utskrivingspraksis opp mot vårt samfunn for øvrig. Det er også viktig å kartlegge ansvarsfeltet sykepleierne jobber innenfor. Dette for å få kunnskap om hvor korrigeringer i praksisfeltet skal iverksettes for å oppnå mål om sømløse pasientløp, noe som er til det beste for pasienten.

Litteraturliste.

Aanestad, M., Olaussen, I (2010). Tverrfaglig teknologiforskning. I Aanestad, M og Olaussen, I (red). *IKT og samhandling i helsesektoren – digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. (s. 19 – 38) Oslo: Tapir Akademisk Forlag.

Anthony, M. K. og Hudson-Barr, D. (1998) *Successful patient discharge: A comprehensive model of facilitators and barriers*. The Journal of Nursing Administration. 28 (3), 48 -55

Berg, M. (2001). *Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges*. International Journal of Medical Informatics. 64. 143 – 156

Dingwall, R. og Allen, D. (2001). *The implications of healthcare reforms for the profession of nursing*. Nursing Inquiry, 8 (2), 64 – 74

Grimen, H. (2011). *Profesjonelt ansvar og gode ansvarspraksisar*. Utdanningsforbundet. Første steg nr. 2, 30-33. Nedlastet 11.03.2013 fra:

http://www.utdanningsforbundet.no/upload/Forste%20steg/FS_2-11/1/Fs_2_2011_30-33.pdf

Grönros, E. & Perälä, M.L. (2005) *Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting*. Nordic College of Caring Sciences, 19, 288 -295

Guneriussen, W. (1999). *Aktør; handling og struktur*. Kapp. 11, (249 – 258) 2. Utg. Aurskog: Tano Aschehoug.

Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hamran, T. (1996). *Effektivisering versus omsorgsansvar*. I Kvinneforskning. Kvinners medisin og helse II, nr. 2, 35 – 48.

Hamran, T. (1995). Et fagkollektiv stykkes opp. I Elstad, I. & Hamran, T. *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Haugtomt, S.A.(2003). *Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasient behandling*. Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 17. 123:2462 – 4.

Helsedirektoratet: Om IPLOS. Lastet ned 15.4.2013 fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/iplos-registeret/om-iplos/Sider/default.aspx>

HOD (2011). *Informasjon om sentrale endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov*. Brev 31.10.2011. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Lastet ned 20.02.2013 fra:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2011/informasjon-om-sentrale-endringer-i-spes.html?id=661775

HOD (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Proposisjon 91 L. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet (2010 – 2011).

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

HOD (2013). *En innbygger – en journal*. Stortingsmelding nr.9. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.(2012 -2013).

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal.

Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe forlag.

Melby, L. og Hellesø, R. (2010) *Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives*. International Journal of Integrated Care Vol. 10 ISSN 1568 – 4156.

Meum, T. (2010). “Ja takk, begge deler» - overgang fra muntlig til elektronisk rapport i sykepleien. I Aanestad, M og Olaussen, I (red). *IKT og samhandling i helsesektoren – digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. (s. 89 – 102) Oslo: Tapir Akademisk Forlag.

Molander, A. og Terum, L.I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I A, Molander og L.I. Terum (red): Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo

Olsvold, N. (2003). *Profesjonsetikk i helsereformens tid*. Sosiologi i dag, 33 (2), 4 – 29

Orvik, A.(2004). *Organisatorisk kompetanse*. 1. utg. Oslo: J.W. Cappelen Forlag.

Polit, D.F og Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth edition. China: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Chennai: SAGE.

Svensson, L. (2008) Profesjon og organisasjon, i A. Molander og L.I. Tørum (red): *Profesjonsstudier* (s.130 -142). Oslo: Universitetsforlaget.

Svensson, L. G. og Karlsson, A. (2008) Profesjoner, kontroll og ansvar, i A. Molander og L.I. Tørum (red): *Profesjonsstudier* (s.261 – 274). Oslo: Universitetsforlaget.

Svensson, R. (1996). *The interplay between doctor and nurses – a negotiated order perspective*. Sociology of Health & Illness. 18 (3), 379 – 398.

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

UNN/Helse Nord. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. FUNNKe – Region Nord. Lastet ned 15.3.2013 fra: <http://telemed.no/funke-region-nord-2011-2013.4873358-234208.html>

UNN/Helse Nord. Overordnet Samarbeidsutvalg. Lastet ned 15.3.2013 fra: <http://www.unn.no/overordnet-samarbeidsorgan-oso/category20775.html>

UNN/Helse Nord. *Tjenesteavtale nummer 3. Avtale om ansvars- og oppgavefordeling ved innleggelse og opphold mellom UNN HF og kommunene*. Lastet ned 15.3.2013 fra:

http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/Samhandling-telemed/Avtaler/Tjenesteavtale_03_Retningslinjer_for_innleggelse.pdf

UNN/Helse Nord (2012). *Tjenesteavtale nummer 5. Om pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning*. Lastet ned 15.3.2013 fra:

http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/Samhandling-telemed/Avtaler/Tjenesteavtale_05_Pasienter_med_behov_for_kommunale_tjenester.pdf

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. NOVA rapport 22/2007

Wagner, L. og Carlslund, A.M. (2004). *Accelerende forløb I forbindelse med abdominal hysterektomi. Sykeplejerskers erfaring med ny klinisk praksis*. *Vård i Norden* 3. No 73. Vol. 24. 21 – 25.

Watts, R. & Gardner, H. (2005). *Nurses' perceptions of discharge planning*. *Nursing and Health Sciences*. 7, 175 - 183

Tjenesteavtale nummer fem mellom UNN og kommune.

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus.

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom XX kommune (heretter kommunen) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (heretter UNN/helseforetaket).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN og x kommune. Avtalen erstatter tidligere inngåtte avtaler mellom helseforetaket om kommunene innenfor dette tjenesteområdet. Denne tjenesteavtalen presiserer bestemmelsene i "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" fastsatt av helse og omsorgsdepartementet 18. november 2011.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

Avtalen skal bidra til

- a) at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
- b) et løsningsfokustert samarbeid med og om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted
- c) å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- d) å redusere risikoen for uheldige hendelser

4. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

4.1. Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten

UNNs ansvar og oppgaver:

1. Sende melding til aktuell instans i kommunen innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at det avdekkes at pasienten vil ha forventet/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Telefonkontakt kan erstatte skriftlig tidligmelding. Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.
2. Formidle kontaktinformasjon til kommunens helse- og omsorgstjeneste.
3. Vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov, herunder vurdere om pasienten har forventet behov for rehabiliteringstjenester ved utskrivning. Bistå pasienten ved søknader om tjenester pasienten har behov for. For pasienter med særlig omfattende problemstillinger er det viktig å starte planlegging av utskrivning tidlig:
 - a. avtale samarbeidsmøte (evt. via telefon/videokonferanse) med pasient, pårørende og kontaktperson fra kommunen for å avklare ansvarsforhold, utveksle nødvendig informasjon og planlegge videre forløp. Plan for utskrivning skal dokumenteres i journal. Planen overleveres også pasient/pårørende, og sendes til medvirkende i kommunehelsetjenesten
 - b. medvirke til etablering av ansvarsgruppe i samråd med pasienten og kommunen, dersom dette anses som nødvendig
 - c. Informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan, og medvirke til at denne utformes, eller arbeid igangsettes, dersom pasienten og kommunen samtykker

d. innenfor psykisk helsevern skal institusjonen som hovedregel igangsette arbeid med individuell plan, dersom pasienten og kommunen samtykker. Dette gjøres i samarbeid med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig pasienttilbud. For pasienter som ikke samtykker til individuell plan, men som åpenbart har behov for samordnede tjenester, må hjelpen likevel koordineres. For pasienter som skrives ut til tvunget ettervern skal individuell plan utarbeides

4. UNN skal bistå med å kartlegge pasientens behov for hjelpemidler ved utskriving, i dialog med pasient, pårørende og kommunen.

Kommunens ansvar og oppgaver:

5. Etablere et system for mottak av meldinger fra helseforetaket som inkluderer meldingsbekreftelse.

6. Etablere koordinerende enhet og gjøre den kjent for helseforetaket.

7. Oppnevne kontaktperson/koordinator.

8. Kontakte behandlende enhet straks etter mottatt melding om innlagt pasient med antatt hjelpebehov etter utskriving, for bl.a. å melde fra om pasientens funksjonsnivå før sykehusinnleggelse, dersom dette er kjent.

9. Avklare pasientens omsorgs- og hjelpebehov etter utskriving i dialog med pasient, institusjonspersonale og eventuelt pårørende.

10. Delta i samarbeidsmøte etter nærmere avtale.

11. Koordinere de kommunale tjenestene, eventuelt gjennom å opprette ansvarsgruppe/samarbeidsgruppe eller igangsette arbeid med individuell plan.

12. Gi beskjed om kommunen kan ta i mot pasienten, og fra hvilket tidspunkt.

4.2. Når pasienten er utskrivningsklar

Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av forskriften og denne avtalens pkt 5.3.2

For utskriving av pasienter fra UNN er partene enige om at følgende punkter i tillegg skal vurderes:

a) Det skal foreligge oversikt over de aktuelle medikamenter pasienten bruker, herunder presisering av hvilke endringer som er foretatt under innleggelsen.

b) Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle behandlingens ansvarsområde, skal relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølging skal beskrives. Partene er enige om at når det i denne avtalen står "avklart" menes at problemstillingen er vurdert og at det er gjort en konklusjon i forhold til videre tiltak.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Avgjøre om en pasient er utskrivningsklar.

2. Så tidlig som mulig gi melding om utskrivningsklar pasient til kommunen. Varsling om utskrivningsklar pasient med kortere oppholdstid, herunder for pasient som er henvist til medisinsk vurdering, skal skje straks utskrivningstidspunkt er avklart. Begge parter skal dokumentere at meldinger er sendt og mottatt.

3. Melding om utskrivningsklar pasient skal utformes slik at det klart framgår hvilke vurderinger og konklusjoner som er gjort i henhold til kriteriene for vurdering om pasienten er utskrivningsklar

4. Dersom situasjonen endrer seg slik at pasienten ikke lenger er utskrivningsklar, skal kommunehelsetjenesten informeres uten ugrunnet opphold. For utskrivningsklare pasienter som får behov for kortvarig spesialisert behandling i ventetiden for utskriving, informeres kommunen uten ugrunnet opphold. Når pasienten igjen er utskrivningsklar, skal dette meldes på nytt til kommunen.

5. Beregningen av antall utskrivingsklare døgn stoppes midlertidig inntil pasienten er utskrivingsklar igjen. Dette skal dokumenteres.

Kommunens ansvar og oppgaver:

6. Omgående følge opp melding om utskrivingsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten og eventuelle søknader fra pasienten, straks gi beskjed til helseforetaket om og når kommunen kan ta i mot pasienten, og iverksette planlegging og etablering av tjenester i kommunen.

7. Sørg for at utskrivingsklare pasienter overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at de er vurdert som utskrivingsklare.

8. Informere pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving.

9. Kommunen kontrollerer at pasienten oppfylder de avtalte kriteriene for utskrivingsklare pasienter, jf denne avtalens pkt 5.3.2 a-g.

10. Ved faglig uenighet tas det kontakt med behandlende lege ved UNN for å få diskutert/avklart denne.

4.3. Utskrivning

4.3.1. Når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisttjenesten etter innleggelse/vurdering

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Varsle aktuell instans i kommunen og/eller pårørende om at pasienten skrives ut etter innleggelse eller poliklinisk vurdering. Dette skal dokumenteres av begge parter.

2. Epikriser og fagrapporter:

a) Epikriser sendes fra sykehuset i tråd med Forskrift om pasientjournal § 9 og Helsepersonelloven § 45.

b) Medisinske opplysninger og eventuelle fagrapporter som er avgjørende for umiddelbar oppfølging i kommunen følger pasienten ved utskriving. For eksempel ø-hjelps vurderinger i tilfeller hvor pasienten ikke blir innlagt. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskriving, ettersendes straks de foreligger. Medisinsk ansvarliges vurdering og anbefalinger sendes sammen med opplysningene.

c) Epikrise, eller medisinske opplysninger og eventuelle fagrapporter sendes til aktuell kommunal instans som har ansvar for oppfølging dersom pasienten ikke motsetter seg dette.

d) Ved utskriving til hjemmet eller institusjon sendes epikrise til pasientens fastlege senest innen en uke, og raskere dersom oppfølging er påkrevd før det er gått en uke.

e) Epikrise skal i tillegg sendes til innleggende lege og til pasienten.

3. Gi tilstrekkelig informasjon til at kommunen kan iverksette eller videreføre individuell plan.

4. Sende nødvendige resepter med pasienten. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, må sykehuset sikre at pasienten får med seg tilstrekkelig mengde av nødvendige medikamenter og utstyr inntil pasienten selv (evt. med kommunens hjelp) kan skaffe seg medikamentene.

5. Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens situasjon.

Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport.

Ved transport til privat hjem gjelder ansvaret inntil pasienten har kommet inn i hjemmet.

Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av institusjonspersonalet.

Kommunens ansvar og oppgaver:

6. Forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon.

7. Oppfølging av de vedtak som er gjort av kommunen.

8. Opprette koordinator og eventuell videreføring av etablerte ansvarsgrupper og individuell plan.

5. Betaling for utskrivningsklare pasienter

5.1. Generelt

Kommunens forpliktelse til betaling for utskrivningsklar pasient følger av helse- og omsorgslovens §§ 11-3 og 11-4 samt Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. november 2011 nr 30

(heretter "forskriften").

Partene er enige om følgende utfyllende bestemmelser knyttet til utskrivningsklare pasienter. Bestemmelsene skal bidra til bedre pasientflyt og kvalitet i tjenestene.

5.2. Informasjon og kontakt

Kvalitet i utskrivningen er betinget av at god og riktig informasjon sendes til riktig adresse til og fra partene. Partene forplikter seg til å utarbeide og gjøre kjent adresse- og telefonlister der det entydig går frem hvor meldinger knyttet til utskrivning av pasient skal rettes.

For de kommunene som kan kommunisere elektronisk med sykehuset skal listen også inneholde hvilke meldingstyper som skal brukes. For sykehuset skal også adresse for innmelding av klager gjøres kjent.

5.3. Vilkår for betalingskrav

Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud. Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i forskriftens §§ 8 til 10 og denne avtalens pkt 5.3 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta i mot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 og denne avtalens pkt 5.3.2 om at en pasient er utskrivningsklar.

Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk Pasientregister når vilkårene i andre ledd er oppfylt

Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.

5.3.1. Varsel om innlagt pasient

Sykehuset skal ha sendt varsel til kommunen, om innlagt pasient i henhold til § 8 i forskriften dersom pasienten vurderes som å kunne ha behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskrivning. Varsel skal sendes innen 24 timer etter innleggelsen, jfr denne avtalens pkt 4.1.

Varselet skal minimum inneholde:

- a) Pasientens status
- b) Antatt forløp
- c) Forventet utskrivningstidspunkt

5.3.2. Avgjørelse av når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) Det skal foreligge klart standpunkt til diagnose(r) og videre plan for oppfølging av pasienten

e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert

Følgende informasjon skal følge pasienten ved utskrivning:

f) Oppdatert medikamentliste

g) Epikriser eller tilsvarende informasjon, sykepleierpleierrapport og eventuelle andre rapporter om videre behandling av pasient. Innen utgangen av 2012 skal UNN ha systemer og rutiner som sikrer at epikrise følger alle pasienter som omfattes av denne avtalen, ved utskrivning. Opplysningene skal være gjort tilgjengelig for kommunen slik at kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging ved utskrivning.

5.3.3. Varsel om utskrivningsklar pasient

a) Sykehuset skal umiddelbart etter at pasienten er definert som utskrivningsklar varsle kommunen. Varslet skal inneholde opplysninger i henhold til pkt 5.3.2. Varsel skal gis enten ved å sende elektronisk melding eller ved å ringe. Varsel til kommunen skal gis på virkedager mellom kl.08.00 og 1400.

b) Dersom pasienten skal tilbake til eget hjem og har et tilnærmet uendret oppfølgingsbehov fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller at pasienten kun har behov for en begrenset oppfølging i en kort periode, skal sykehuset kontakte aktuell kommunal tjeneste direkte pr telefon eller på annen måte.

c) Dersom pasienten kommer fra, og skal tilbake til en kommunal institusjonsplass, skal sykehuset likeledes kontakte aktuell institusjon pr telefon eller på annen måte.

For bokstav b) og c) over gjelder ikke tidsbegrensningen i bokstav a) og pasienten kan skrives ut så snart den kommunale tjenesten som skal motta pasienten gir klarsignal. For pasienter fra kommuner som kan motta elektronisk «Varsel om utskrivningsklar pasient» skal dette varselet likevel også sendes i tillegg selv om tjenesten varsles pr telefon.

5.4. Avregning av antall dager betalingsplikten gjelder

5.4.1. Når betalingskrav gjelder fra

Betalingskravet gjelder fra og med den dagen sykehuset har varslet om at pasienten er utskrivningsklar i henhold til punkt 5.3.2. Dette innebærer at også meldingsdagen blir inkludert i betalingskravet. Helseforetaket bør tilstrebe å varsle kommunen så tidlig på dagen som mulig.

5.4.2. Opphør av betalingskrav

Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten. Kommunen skal varsle sykehuset om dette på virkedager mellom klokken 08:00 og 15:00. Den dagen som kommunen har bestemt å motta pasienten skal ikke være med i betalingskravet. Kommunen skal tilstrebe og varsle UNN så tidlig på dagen som mulig.

5.4.3. Endring i pasientens tilstand

Dersom pasientens helsetilstand endrer seg på en slik måte at han/hun ikke lenger anses utskrivningsklar, avbrytes betalingsplikten. Ny betalingsplikt inntreer når pasienten på nytt defineres som utskrivningsklar og nytt varsel er sendt.

5.5. Redegjørelse

Kommunen har krav på redegjørelse for sykehusets vurderinger, jfr forskriftens § 14.

Krav om redegjørelse rettes til leder ved utskrivende avdeling. Redegjørelse skal inneholde tilstrekkelig informasjon til at kommunen kan vurdere å ta stilling til om vilkårene for å melde utskrivningsklar pasient er oppfylt. Redegjørelse skal være skriftlig og skal fortrinnsvis gis elektronisk.

6. Samtykke til utveksling av informasjon

Utteksling av informasjon skal baseres på pasientens presumerte samtykke, jfr lov om helsepersonell §§ 25 og 45. Pasienten bør informeres om rett til å motsette seg at informasjon

sendes og skal informeres om konsekvenser av å ikke oversende nødvendig og relevant informasjon.

7. Elektronisk meldingsutveksling

Tjenester som sykehuset distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenett. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling skal disse benyttes.

8. Avvik

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik og håndtering av uenighet

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

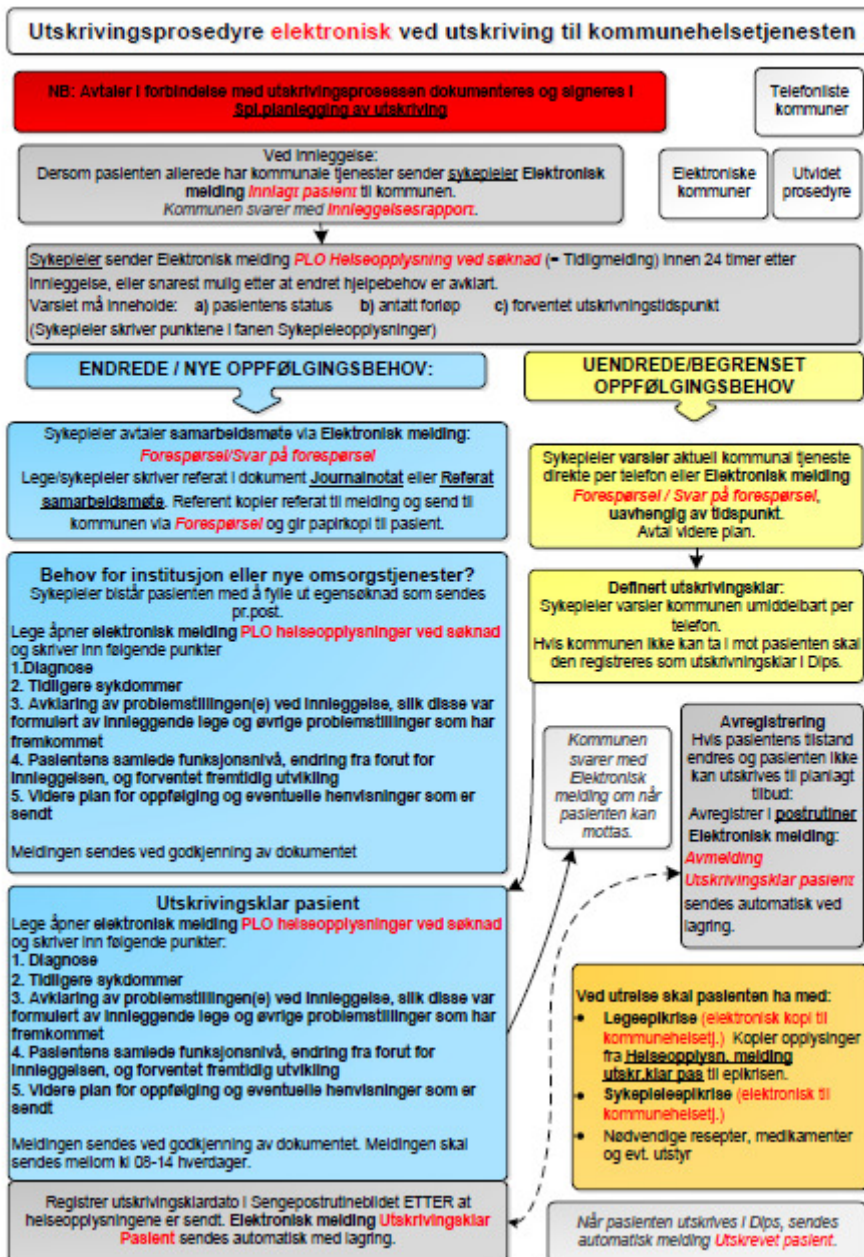
Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

10. Uenighet og tvist

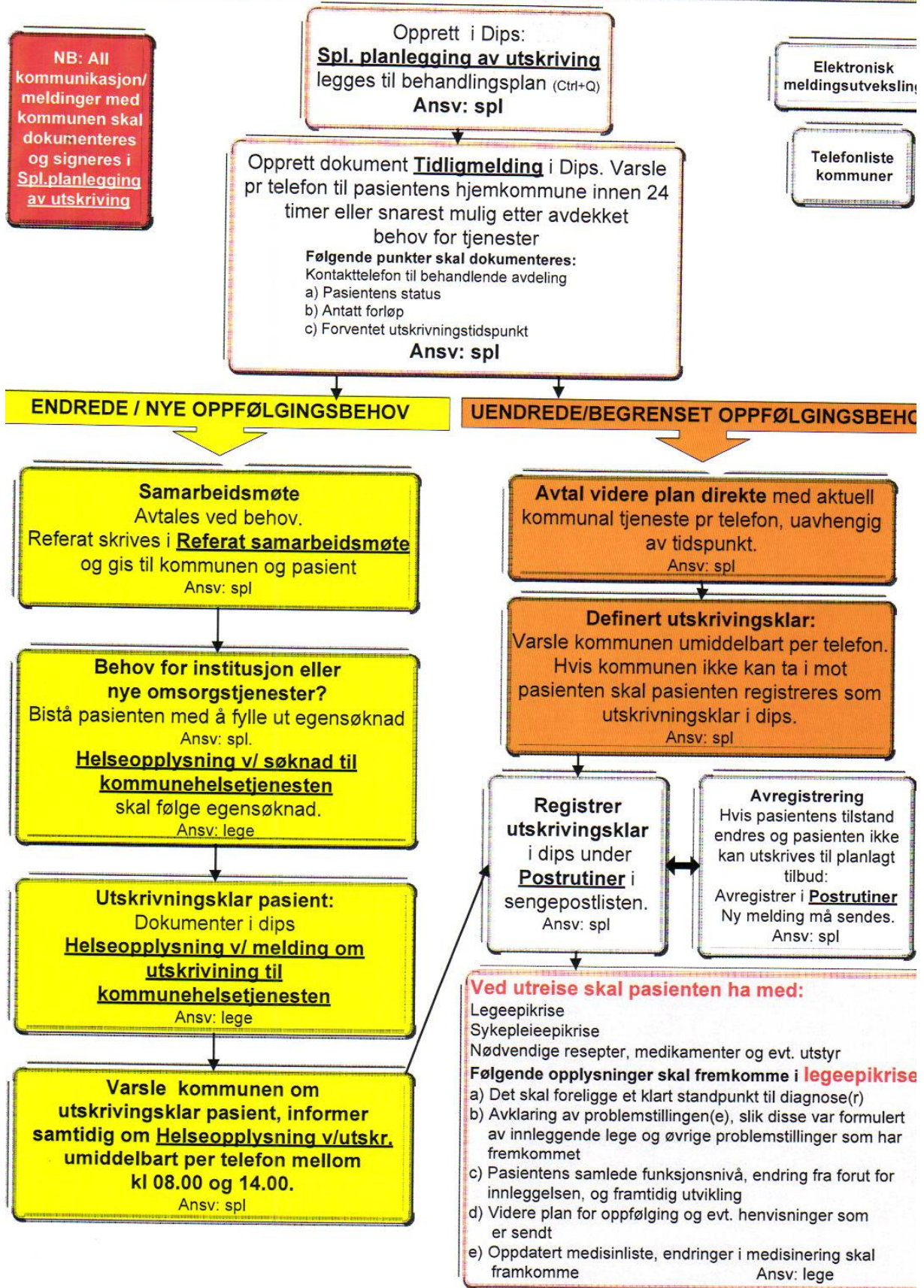
Dersom kommunen mener at kriteriene for utskrivning ikke er oppfylt, jfr forskriften §§ 8 til 10 og kravene i denne avtalen, skal dette meldes til UNN ved leder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST). Ved uenighet knyttet til beregning av antall døgn for utskrivningsklar pasient skal dette meldes til UNN ved NST. Påstått feil eller uriktighet i utsendt faktura meldes til Økonomi- og analysesenteret ved UNN.

Medisinskfaglig uenighet mellom partene knyttet til utskrevet eller utskrivningsklar pasient skal behandles av medisinskfaglige ledere hos partene før sak eventuelt bringes inn som tvist etter bestemmelsene i overordnet avtale.

Hver av partene kan bringe uenighet om betalingsplikt for utskrivningsklar pasient inn for Nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren (tvistenemnda), jfr retningslinjer for tvistenemnda. For øvrig behandles uenighet etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.



Utskrivingsprosedyre ved utskrivning til kommunehelsetjenesten



Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Margrethe Kristiansen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 06.09.2012

Vår ref:31299 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31299

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

*Utskrivingspraksis fra sykehus til kommunal omsorg – utfordringer og muligheter i
helsereformenes tid
Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Margrethe Kristiansen
Lotte Eliassen*

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

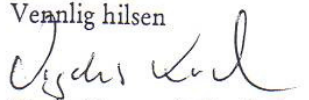
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31299

Formålet er å belyse og utforske sykepleierens handlinger og vurderinger rundt planleggingen og gjennomføringen av utskrivningen av pasienter til videre kommunal omsorg. Utvalget består av 5 sykepleiere.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, men registrerer at det er skrevet feil dato for prosjektslutt. Vi legger til grunn at informasjonen endres til at lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres innen prosjektslutt mai 2013. Vi ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Det tas høyde for at det innsamles indirekte personidentifiserbare opplysninger ifm. intervju. Det gjøres lydopptak av intervjuet som behandles på pc.

Personvernombudet legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med Universitetet i Tromsø sine rutiner for informasjonssikkerhet.

Prosjektet skal avsluttes 20.05.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Sendt redigert inn 1/10-12

Lotte Karen Lindstroem - lokali@online.no

Skriv ut



e-post

Sendt: 04.10.2012 14:57
Fra: Marte Sivertsen
Til: lokali@online.no
Kopi: margrethe.kristiansen@uit.no
Emne: Prosjektnr: 31299. Utskrivingspraksis fra sykehus til kommunal omsorg
– utfordringer og muligheter i helsereformenes tid

OPPFØLGING AV ENDRINGSMELDING

Viser til endringsmelding og revidert informasjonsskriv mottatt 01.10.2012. Informasjonsskrivet vurderes som tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

--

Vennlig hilsen

Marte Sivertsen
Rådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 33 48
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80
Faks: (+47) 55 58 96 50
Epost: marte.sivertsen@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no/personvern



Tromsø_____

Skriftlig samtykkeerklæring.

Jeg har lest skriftlig informasjon om prosjektet, dens hensikt og mine rettigheter.
Lydbåndet vil bli slettet ved prosjektslutt mai 2013, og alle opplysninger blir anonymisert.
Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten grunn.

Jeg _____ samtykker herved å delta i studien:

Fra sykehus til kommunal omsorg – utfordringer i helsereformens tid.

Jeg kan kontaktes på telefon: _____, eller tilskrives på

adresse: _____.

Erklæringen sendes i vedlagt ferdig frankert konvolutt til:

Lotte Eliassen
Evjenvegen 81
9024 Tomasjord

Intervjuguide.

Introduksjon:

- Presentere meg selv
- Hensikten med undersøkelsen.
- Godkjenne bruk av båndopptaker.
- Anonymisering.
- Intervjuets hovedtemaer og antatt tidsbruk.
- Spørsmål fra informanten.

Bakgrunn:

- Hvor mange år har du jobbet på avdelingen?
- Har du videreutdanning?
- Gjennomfører du ofte utskriving av pasienter til videre kommunal omsorg?

Forhold innad i avdelingen, sykepleierens rolle og ansvar i utskrivingspraksis

Kan du beskrive utskrivingsprosessen i din avdeling når du skriver pasienten ut til videre kommunal omsorg?

Hva legger du i det å planlegge en utskriving av en pasient?

Kan du gi eksempler på utskrivingsprosesser (planlegging og gjennomføring) der du har deltatt hvor du synes prosessen har vært god?

(Dersom informanten ikke kommer inn på dette i foregående spørsmål: Hva mener du er en god utskrivelse til kommunal omsorg for pasienter og pårørende?)

Har du opplevd å delta i utskrivingsprosessen der du mener ting ikke har vært så bra, og kan du gi eksempler på dette?

- *Hvorfor bra, eller dårlig*
- *Hvem snakker informanten om; vi – dem osv*

- *Husk oppfølgingsspørsmål, klarlegg hva informanten legger i sine uttrykk.*
- *Stikkord, hvilke faktorer (omsorg, økonomi, tidspress, pasient/ pårørende osv. gå evt tilbake på dette senere)*

Hva er dine arbeidsoppgaver i utskrivingsprosessen?

Hvem samarbeider du med i prosessen?

Hva gjør samarbeidet godt?

Hvilke utfordringer møter du i samarbeidet?

Hvilke beslutninger tar du?

Hva ligger til grunn for dine beslutninger?

Hvem andre tar beslutninger?

Samsvarer de ulike beslutningene?

- *Din opplevelse av dette*

Hva mener du er ditt ansvar i utskrivingsprosessen?

Prioriteringer og faglige vurderinger

Hvilke sykepleiefaglige vurderinger mener du er viktig i jobben med å skrive ut pasienter til kommunen?

- *Hvorfor mener du disse er viktige?*

I en sykehushverdag opplever vi å må prioritere arbeidsoppgaver opp mot hverandre av ulike årsaker.

Hvilke prioriteringer gjør du rundt planleggingen og utskrivelse av pasienter?

- *Hvorfor?*
- *Hvordan opplever du dette?*
- *Evt hyppighet*

Organisatoriske føringer og endringer i prosessen.

Opplever du noen organisatoriske føringer som er med på å styre utskrivningen av pasienten?

- *Beskrive*
- *Hva tenker du rundt dette*

Opplever du at utskrivingsprosessen har endret seg i den tiden du har jobbet på avdelingen?

- *Evt på hvilken måte.*
- *Kan du gi eksempler på dette?*
- *Hvordan opplever du evt dette? Bra/ dårlig, hvorfor*
- *Hva har disse endringene ført til for deg?*

Samarbeid med kommunene.

Hvilken betydning har samarbeidet med kommunen for deg i prosessen?

- *Hvorfor*
- *Eksemplifisere*
- *Konsekvenser, informantens egen oppfatning av dette*

Avrunding og avslutning.

Er det områder du mener er viktig i prosessen som vi ikke har snakket om?