

Sykepleiere i hjemmetjenestens beskrivelser
av utfordringer med overføring av
helseinformasjon
- En systematisk litteraturstudie

Anne Lene Lysenstøen Næss
(Kandidatnummer 539)
&
Marthe Bakøy
(Kandidatnummer 502)

Lovisenberg diakonale høgskole

Masteroppgave
i Avansert klinisk allmennsykepleie

Antall ord: 12 991
Dato: 01.06.23



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT

Lovisenberg diakonale høgskole
Dato: 01.06.2023

Tittel: Sykepleiere i hjemmetjenestens beskrivelser av utfordringer med overføring av helseinformasjon - En systematisk litteraturstudie

Bakgrunn

Globalt øker behovet for helsetjenester i hjemmet. Særlig eldre med et komplekst sykdomsbilde har behov for sykepleie med høy kvalitet og sømløse overganger mellom tjenestenivåene. Å sikre kontinuitet krever at helseinformasjonen er nøyaktig for de sårbare pasientene. Ingen tidligere forskning oppsummerer kun sykepleiere i hjemmetjenesten og deres utfordring med overføring av helseinformasjon.

Hensikt

Å utforske hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte ved overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen når pasienter ble skrevet ut fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Metode

Designet er en systematisk litteraturstudie med kvalitativ syntese. Søk etter kvalitative primærstudier ble gjennomført i databasene CINAHL, MEDLINE og EMBASE og var publisert mellom januar 2012 og desember 2022. I screeningsprosessen ble Rayyan brukt. Primærstudiene ble kvalitetsvurdert ved bruk av CASP-sjekkliste. Det er kun erfaringer fra sykepleierne i hjemmetjenestens som ble ekstrahert fra studiene. Dataanalysen ble gjennomført med en tematisk tilnærming etter Braun og Clarke sine seks faser for å sammenstille studienes resultater.

Resultat

Seks primærstudier ble inkludert. Tre hovedtemaer ble identifisert: (1) Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten, (2) Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten og (3) Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne.

Konklusjon

Det er fortsatt utfordringer med samarbeidet og samhandlingen når pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten. Mangelfull helseinformasjon i overføringen påvirker den videre pasientoppfølgingen og er en trussel for pasientsikkerheten.

Nøkkelord:

Overføring av Helseinformasjon, Hjemmetjeneste, Sykepleier, Pasientutskrivelse, Pasientoppfølging

ABSTRACT

Lovisenberg Diaconal University College
Date: 01.06.2023

Title: Nurses in home health care service's description of challenges with the transfer of health information - A systematic literature review

Background

Globally, the need for health care services in the home is increasing. Especially older people with complex illness are in need of high-quality nursing care and seamless transitions between service levels. Ensuring continuity requires that the health information is accurate for vulnerable patients. No previous research summarizes only nurses in home health care service and their challenge with transferring health information.

Aim

To explore what challenges nurses in the home health care service experienced when transferring health information and the further patient follow-up when patients were discharged from the somatic department in the specialist health care service.

Method

The design is a systematic literature study with qualitative synthesis. Searches for qualitative primary studies were carried out in the databases CINAHL, MEDLINE and EMBASE and were published between January 2012 and December 2022. Rayyan was used in the screening process. The primary studies were assessed for quality using the CASP checklist. It is only the experiences of the nurses in the home health care service that were extracted from the studies. The data analysis was carried out with a thematic approach following Braun and Clarke's six phases to collate the study's results.

Result

Six primary studies were included. Three main themes were identified: (1) Insufficient health information from the specialist health care service threatened patient safety, (2) Different perspectives on what was necessary health information when transferring patients to the home health care service and (3) Lack of necessary health information led to extra workload and frustration for the nurses.

Conclusion

There are still challenges with cooperation and interaction when patients are discharged from the specialist health care service to the home health care services. Insufficient health information during the transfer affects further patient follow-up and is a threat to patient safety.

Keywords:

Health Information Transfer, Home Health Care Service, Nurse, Patient Discharge, Continuity of Patient Care

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Tidligere forskning.....	2
1.2	Presentasjon av studiens hensikt	9
1.3	Egen forforståelse.....	9
2	Metode	10
2.1	Forskningsdesign.....	10
2.2	Søk og søkestrategi.....	10
2.3	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	13
2.4	Screeningprosessen	15
2.5	Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudiene	18
2.6	Dataekstraksjon	20
2.7	Tematisk analyse.....	24
2.8	Etiske overveielser og hensyn.....	27
3	Resultat.....	28
3.1	Beskrivelse av de inkluderte studiene	28
3.2	Presentasjon av studiens resultater	28
3.2.1	Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten.....	29
3.2.2	Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten	31
3.2.3	Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne	33
4	Diskusjon.....	35
4.1	Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten	36
4.2	Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten	38
4.3	Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne	40
4.4	Kliniske implikasjoner.....	41
4.4.1	AKS sin rolle i overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen.....	41
4.5	Studiens styrker og svakheter	42
5	Konklusjon.....	45
	Referanser	46

Vedlegg 1: Søkestrategi

Vedlegg 2: Beskrivelse av bidrag for masteroppgave i gruppe

1 Introduksjon

Over hele verden øker behovet for helsetjenester i hjemmet i takt med den globale aldrende befolkningen (World Health Organization, 2015, s. 89-90). Samtidig jobber helsetjenestene over store deler av verden etter ulike helsereformer grunnet skiftende faktorer som demografi, klima og økonomi (Braithwaite et al., 2018). Tilsvarende skjer i Norge og i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen i 2012, var blant annet målet å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene og øke det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom å utnytte ressursene på riktig tjenestenivå (Cappelen & Rustøen, 2021, s. 22; Orvik, 2015, s. 233).

Et annet mål med samhandlingsreformen er å sikre at sårbare pasientgrupper får koordinerte tjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Dette gjelder blant annet eldre, særlig skrøpelige eldre pasienter, som har et komplekst sykdomsbilde med behov for flere tjenester samtidig (Skogstad & Bergland, 2021; St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 41). De anses som risikopasienter i overføring mellom tjenestenivåene (Orvik, 2015, s. 84; Wyller, 2020, s. 37) og har behov for sykepleie av høy kvalitet med kontinuerlig oppfølging for å forebygge uønskede hendelser (Valentine et al., 2015). Pasientgruppen har i tillegg et større behov for koordinering av tjenester og at helsepersonell har et tettere samarbeid med hverandre, når pasientene overføres mellom de ulike tjenestenivåene (Orvik, 2015, s. 84; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Videre har samhandlingsreformen ført til en mer kontinuerlig oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 55-77), noe som betyr at flere pasienter skal få medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging i hjemmet (Cappelen & Rustøen, 2021, s. 26). Kontinuitet og samhandling i pasientoverføringer mellom tjenestenivåer krever organisering av god kvalitet og innebærer blant annet at utveksling av helseinformasjon er nøyaktig, at det er en felles forståelse og vurdering av pasientens status, samt at overføring av ansvar er tydelig (Orvik, 2015, s. 83-84). Med tydelige beskrivelser av pasientens funksjon og behandling i den videre pasientoppfølgingen, vil dette øke pasientsikkerheten (Olsen et al., 2013). For å sikre kontinuitet i pasientoverføringer ble IKT-løsninger et av de strategiske tiltakene i forbindelse med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 133-138) og har ført til at elektronisk informasjonsoverføring mellom de ulike nivåene i helsetjenestene ble iverksatt (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 35-36).

For å møte den aldrende befolkningen, som vil leve med flere kroniske sykdommer og har et større behov for oppfølging og behandling, er det viktig med tilgang på sykepleiere som har høy kompetanse, for å øke livskvalitet og god helse (Fagerström, 2019, s. 21).

Samhandlingsreformen har ført til at kommunene har fått en viktigere rolle i å sørge for å gi innbyggerne nødvendige helse- og omsorgstjenester, noe som innebærer å levere tjenester av høy kvalitet etter dagens og fremtidens behov (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 9). Helse- og omsorgsdepartementet la frem i Meld. St. 26 ((2014-2015), s. 9) fremtidens primærhelsetjeneste, at det var et stort behov for å endre de kommunale helse- og omsorgstjenestene for blant annet å styrke kompetansen og endre kommunestrukturen. For å styrke kompetansen var det viktig å undersøke hvilke videreutdanninger for sykepleiere som kunne møte det reelle behovet i tjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 60). Dette har bidratt til at Helsedirektoratet har utviklet den nye rollen som avansert klinisk allmennsykepleier (AKS) i Norge, og er etter modellen til «nurse practitioner» (NP) som er innført i flere land (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 60). En annen betegnelse på AKS rollen er «advanced practice nursing» (APN), som er en internasjonal samlebetegnelse for sykepleiere på avansert nivå (Fagerström, 2019, s. 18). AKS skal ha en breddekompetanse på et høyt nivå, slik at de komplekse pasientene med sammensatte behov mottar gode og trygge tjenester i fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 60).

1.1 Tidligere forskning

Innledningsvis i studien ble det gjennomført et søk etter tidligere forskning, hvor det ble valgt ut enkeltstudier og reviewstudier¹ som var relevant for studiens hensikt. Dette var for å utforske hva som var belyst av tidligere forskning, og for å få oversikt over forskningen på feltet.

Hellesø og Fagermoen (2010) viser i sin studie hvilke utfordringer sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten hadde i samhandlingen om pasientoverføringen for å sikre kontinuitet i den videre omsorgen. En av utfordringen de trakk frem, belyste hvordan tjenestenivåene var ulikt organisert (Hellesø & Fagermoen, 2010). Dokumenter som skulle ivareta det formelle i forbindelse med helseinformasjon om innleggelse til spesialisthelsetjenesten og utskrivelser til hjemmetjenesten, var ikke pålitelige i forhold til

¹ Reviewstudie og litteraturstudie er to begreper med samme betydning. Reviewstudie vil bli brukt i forbindelse med tidligere forskning, for egen studie vil begrepet litteraturstudie bli brukt.

beslutninger om pasientene under planleggingen av utskrivelser. Sykepleierne i spesialisthelsetjenesten valgte derfor å ringe til hjemmetjenesten for å koordinere og planlegge utskrivningen, og sykepleierne i hjemmetjenesten valgte i enkelte tilfeller å oppsøke pasientene på sykehuset for å kartlegge pasientenes helseutfordringer, da den skriftlige helseinformasjonen var utilstrekkelig (Hellesø & Fagermoen, 2010). En annen utfordringen som ble beskrevet i denne studien var at det var ulike perspektiver på pasientbehovet, hvor det ifølge sykepleierne i hjemmetjenesten manglet vurdering om helhetlig pasientperspektiv fra sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne i hjemmetjenesten fortalte at de måtte gjøre nye vurderinger av pasientens behov, da det var mangelfull helseinformasjon i overføringen (Hellesø & Fagermoen, 2010).

I studien til Brostigen og Leonardsen (2019), beskrev de at risikoen for feil i overføring av helseinformasjon ved utskrivelser kunne skyldes kommunikasjonssvikt mellom de ulike tjenestenivåene. Forsinkelser og mangler på helseinformasjon i overføringen kunne medføre uheldige utfall for de sårbare pasientene, og var utfordringer helsepersonell kunne oppleve i en utskrivelsesprosess (Brostigen & Leonardsen, 2019). I tillegg viste studien at de fleste medisinske feil og avvik forekom på grunn av kommunikasjonssvikt, noe som kunne hindre kontinuitet i den videre pasientoppfølgingen. Kommunikasjonsformen var både skriftlig og muntlig ved utskrivelser av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten (Brostigen & Leonardsen, 2019). De belyste at kommunikasjonen kunne påvirkes av blant annet tidspunktet for formidling av helseinformasjon, om sykepleierne i hjemmetjenesten var mottakelig for den muntlige rapporten, eller tilgjengelighet til den skriftlige rapporten og arbeidsbelastning for sykepleierne i de ulike tjenestenivåene (Brostigen & Leonardsen, 2019).

I studien til Glette et al. (2019) beskrev legene at effektivisering av utskrivelsene ble påvirket av kortere sykehusopphold etter innføring av samhandlingsreformen, og at det for noen pasienter kunne være for tidlig å bli skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten (Glette et al., 2019). Formidling av helseinformasjon gjennom elektroniske meldinger var ment å effektivisere og forbedre informasjonsutvekslingen, men legene i denne studien mente det fortsatt var komplisert (Glette et al., 2019). Dette da kommunikasjonen var begrenset, og utskrivelsesprosessen ble berørt blant annet av kapasiteten legene hadde til å ferdigstille epikrisene. Likevel kunne kommunikasjonen i overføringen mellom tjenestenivåene påvirke den videre pasientbehandlingen og føre til reinnleggelser, feil eller mangler (Glette et al., 2019). Bedring av kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestenivåene kunne redusere

reinnleggelser, og legene i denne studien ønsket seg et delt journalsystem mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å redusere mangel på kommunikasjon (Glette et al., 2019).

Det ble funnet fem reviewstudier av relevans for egen studie, hvor tre var systematiske reviewstudier (Kattel et al., 2020; Laugaland et al., 2012; Newnham et al., 2017), en integrative review (Kim et al., 2022) og en scoping review (Moore et al., 2021). Denne forskningen vil bli presentert videre i dette kapitlet og benyttet som argumentasjon for valg av studiens hensikt.

I den systematiske reviewstudien til Kattel et al. (2020), undersøkte de hvordan rask, fullstendig og nøyaktig overføring av helseinformasjon påvirket sikker og effektiv omsorg etter utskrivelse. De evaluerte kvaliteten og tiltak på epikriser. Et av deres funn viste hvordan effektivisering av utskrivelsene førte til mangelfull planlegging, som var en belastning for helsepersonell og en risikofaktor i pasientutskrivelsen (Kattel et al., 2020). Nødvendig helseinformasjon i overføringen mellom tjenestenivåene, var viktig for å ivareta pasientsikkerheten. I tillegg viste studien at implementering av IT-løsninger som elektroniske meldinger ikke viste en tydelig bedring av kvaliteten i overføring av helseinformasjon. Dette da innholdet var begrenset av mangel på nødvendig helseopplysninger om den videre pasientoppfølgingen. Samtidig trekker de frem at epikriser i papirform kunne forsinke pasientbehandlingen, da det ofte tok lengre tid med overføring av helseinformasjon fra pasienten var utskrivningsklar til den var tilgjengelig for primærhelsetjenesten. Konklusjonen i denne reviewstudien var at mangelfull overføring av helseinformasjon fortsatt var vanlig. De foreslo at standardiserte skjemaer kunne føre til raskere overføring av helseinformasjon gjennom bruk av elektroniske meldinger, men at det ikke nødvendigvis førte til forbedring av kvaliteten.

I den systematiske reviewstudien til Laugaland et al. (2012) undersøkte de tiltak som var med på å bedre pasientsikkerheten i overgangen for eldre pasienter fra spesialisthelsetjenesten. De viste til ulike effekter av utskrivelsesintervensjoner og hvordan dette påvirket effektiviteten av den videre omsorgen. Effektivisering av utskrivelsene førte også til mangelfull planlegging, noe som var en belastning for helsepersonell og en risikofaktor i pasientoverføringen. For å ivareta pasientsikkerheten og unngå uønskede hendelser, var det behov for at nødvendig helseinformasjon ble overført mellom de ulike tjenestenivåene for å videreføre

pasientoppfølgingen etter utskrivelse (Laugaland et al., 2012). Mangelfull helseinformasjon i overføringen ble belyst som en risikofaktor for pasientene, noe som påvirket den videre behandlingen og da spesielt hos de eldste pasientene i primærhelsetjenesten. Samtidig var både skriftlig og muntlig kommunikasjon mellom sykepleierne i de ulike tjenestenivåene en utfordring. Laugaland et al. (2012) viste videre til at intervensjoner med planlegging av utskrivelse burde begynt i god tid for å lage en målbevisst plan for den videre pasientoppfølgingen. Som en del av intervensjonene undersøkte de ulike muligheter for hvordan kommunikasjonen kunne forbedres gjennom å bruke profesjonssentrerte intervensjoner. Dette besto av tre intervensjoner som var opplæring eller utdanning, organisasjonsintervensjoner som planlegging og/eller standardiserte utskrivningsmaler og pasient- og pårørendesentrerte intervensjoner. Studien viste videre til at en APN kunne ha en sentral rolle i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. En APN ga en positiv effekt på utskrivelsene, nedgang av reinnleggelse og en lavere samfunnsøkonomisk belastning (Laugaland et al., 2012). Konklusjonen i denne reviewstudien var at eldre ville dra nytte av målrettede intervensjoner i overføringer fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

I Newnham et al. (2017) sin systematiske reviewstudie, ble det beskrevet ulike metoder å overføre helseinformasjon på ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Dette besto av IT-baserte metoder, muntlige metoder og tre skriftlige metoder som var elektroniske meldinger, utskrift fra journal eller som var håndskrevet. I denne studien ble de ulike metodene for overføring av helseinformasjon vurdert i forhold til helsepersonell og pasienters ønsker, pasientforståelse og tilfredshet, og kunnskap (Newnham et al., 2017). Mest vanlige var IT-baserte metoder hvor helseinformasjonen inneholdt diagnoser, behandling og medisinalister. De IT-baserte metodene besto av løsninger som elektroniske meldinger, videokonsultasjon, telefonoppfølging og audiovisuelle opptak (Newnham et al., 2017). Den nest vanligste metoden for å utveksle helseinformasjonen, var den muntlige metoden som besto av at helseinformasjon ble formidlet direkte til pasienten, deres pårørende eller til annet helsepersonell. Elektroniske meldinger var foretrukket blant helsepersonell, pasienter og deres pårørende, da den var mindre tidkrevende, mer effektiv og sikret overføring av helseinformasjon (Newnham et al., 2017). Newnham et al. (2017) konkluderte med at overføring av helseinformasjon har behov for forbedring, og IT-løsninger kunne forenkle og forbedre kommunikasjon, koordinering og oppbevaring av helseinformasjon. Noe som igjen kunne forbedre resultatet for pasienter, pårørende og helsepersonell (Newnham et al., 2017).

I den integrative reviewstudien til Kim et al. (2022), var hensikten å beskrive utskrivningskommunikasjon som omhandlet eldre i overføring mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten og oppsummerte begrensninger for utskrivningskommunikasjon. Et av deres funn var at nødvendig helseinformasjon kunne påvirke den videre pasientoppfølgingen, da sykepleierne på tvers av tjenestenivåene hadde ulik forståelse av pasientbehovet, samtidig som det var manglende forståelse for hva de trengte opplysninger om, da de ikke hadde kjennskap til de ulike tjenestene (Kim et al., 2022). De belyste også kommunikasjonsutfordringer både skriftlig og muntlig mellom sykepleiere i de ulike tjenestenivåene. Kim et al. (2022) beskrev at utskrivningsdokumentene var lite presise i forhold til videre pasientoppfølging, samtidig som de ikke inneholdt kritisk helseinformasjon som var viktig for sykepleierne i hjemmetjenesten. Utfordringene sykepleierne hadde med kommunikasjonen mellom de ulike tjenestenivåene førte til frustrasjon, sinne og mistillit under overføring av helseinformasjon da de hadde ulike synspunkter, verdier og prioriteringer av omsorgen (Kim et al., 2022). Kim et al. (2022) beskrev at mangler på standardiserte maler for overføring av helseinformasjon førte til at sykepleierne i primærhelsetjenesten ofte fikk unødvendige opplysninger som førte til utfordringer da de måtte bruke mer tid på å lete etter nødvendig helseinformasjon. Selv om studien til Kim et al. (2022) belyste flere faktorer som påvirket kommunikasjonen mellom tjenestenivåene, kunne de ikke med sikkerhet si hvilken metode som var mest nyttig i utskrivelsesprosessen. Kim et al. (2022) konkluderte med et behov for å tydeliggjøre rollene for helsepersonell som var involvert i pasientutskrivelsen og standardiserte maler for utskrivningsdokumentene, slik at utskrivningskommunikasjonen kunne forbedres og arbeidsbelastningen reduseres.

Scoping reviewstudien til Moore et al. (2021) hadde som hensikt å undersøke samarbeidet mellom sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og sykepleierne primærhelsetjenesten i overføring av eldre pasienter mellom tjenestenivåene. Deres funn var at kommunikasjon, koordinering og barrierer var faktorer som påvirket samarbeidet mellom sykepleierne. De beskrev at elektroniske meldinger ble sett på som en byrde for sykepleierne både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene. Dette da de opplevde systemet som enveis kommunikasjon, som ikke inkluderte tilstrekkelig eller nøyaktig nok helseinformasjon gitt av sykepleierne på tvers av tjenestenivåene, men heller førte til merarbeid da de foretrakk å ringe til ansvarlig sykepleier for utvidet helseinformasjon (Moore et al., 2021). Den nødvendige

helseinformasjonen kunne påvirke den videre pasientoppfølgingen, da sykepleierne på tvers av tjenestenivåene hadde ulik forståelse av pasientbehovet, samtidig som det var manglende forståelse for hva de trengte opplysninger om, da de ikke hadde kjennskap til de ulike tjenestene (Moore et al., 2021). Det ble også belyst at det var kommunikasjonsutfordringer både skriftlig og muntlig mellom sykepleiere i de ulike tjenestenivåene. Samtidig som et godt samarbeid var avhengig av kommunikasjonsferdigheter og sykepleiernes evne til å formidle helseinformasjon. Utfordringene sykepleierne hadde med kommunikasjonen mellom de ulike tjenestenivåene, førte til frustrasjon, sinne og mistillit under overføring av helseinformasjon da de hadde ulike synspunkter, verdier og prioriteringer av omsorgen (Moore et al., 2021). Konklusjonen i denne scoping reviewstudien var at kommunikasjon, koordinering og profesjonalitet måtte tilrettelegges for at samarbeidet skulle fungere mellom sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Moore et al., 2021).

Fellestrekkene mellom de fem reviewstudiene var at de beskrev ulike sider ved overføring av helseinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Kattel et al., 2020; Kim et al., 2022; Laugaland et al., 2012; Moore et al., 2021; Newnham et al., 2017). Reviewstudiene beskrev skriftlig og muntlig overføring av helseinformasjon mellom tjenestenivåene (Kattel et al., 2020; Kim et al., 2022; Laugaland et al., 2012; Moore et al., 2021; Newnham et al., 2017). Fire av fem studier vektla de elektroniske meldingene i overføringen av helseinformasjon (Kattel et al., 2020; Kim et al., 2022; Moore et al., 2021; Newnham et al., 2017). Ulike forhold som kunne påvirke helseinformasjonen i pasientoverføringen var manglende kommunikasjonsferdigheter og samarbeid mellom tjenestenivåene (Kattel et al., 2020; Kim et al., 2022; Laugaland et al., 2012; Moore et al., 2021; Newnham et al., 2017). I de tre systematiske reviewstudiene var fellestrekkene at de beskrev hvordan overføring av helseinformasjon ble påvirket av samarbeidet og kommunikasjonen om felles pasient mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Kattel et al., 2020; Laugaland et al., 2012; Newnham et al., 2017). De samme tre reviewstudiene beskrev den skriftlige helseinformasjonen som hovedkommunikasjonsformen og var en viktig del i overføringen mellom tjenestenivåene. Kattel et al. (2020) og Newnham et al. (2017) vektlegger de elektroniske meldingene mellom tjenestenivåene, og at denne løsningen kunne bidra til å bedre kommunikasjonen og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Systematisk reviewstudie, integrative reviewstudie og scoping reviewstudie er alle reviewstudier, men designene er ulike. Ulikheten mellom en systematisk reviewstudie og en integrative reviewstudie, er at forskerne i en integrative reviewstudie har et bredt mål som kan være med å belyse konsepter eller analysere metodiske problemstillinger (Aveyard et al., 2021, s. 26-27). Dataene i en integrative reviewstudie har et bredt spekter av litteratur og kan inneholde både empirisk og teoretisk litteratur (Aveyard et al., 2021, s. 26-27). Forskjellen på en systematisk reviewstudie og en scoping reviewstudie er bredden på hensikten. Scoping reviewstudie inneholder en bredere hensikt, fleksible prosedyrer og evaluerer ikke studiers kvalitet formelt (Polit & Beck, 2021, s. 657). En scoping reviewstudie kan gi forslag og bakgrunn for en systematisk reviewstudie (Polit & Beck, 2021, s. 657). En systematisk reviewstudie har en høyere vitenskapelig evidens fremfor en integrativ reviewstudie og en scoping reviewstudie. Systematiske reviewstudier inkluderer enkeltstudier som har et avgrenset og strengt design, som gjør at funnene kan utforskes mot klar kontekst og forskningsintensjoner for å besvare deres hensikt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 5).

Vi har ikke identifisere en systematisk litteraturstudie som oppsummerer primærstudier som omhandler kun sykepleiere i hjemmetjenestens erfaringer med overføring av helseinformasjon og hvilke utfordringer dette har for den videre pasientoppfølgingen. De tre systematiske litteraturstudiene har et bredere deltakerutvalg fra begge tjenestenivåene. Kattel et al. (2020) hadde som hensikt å evaluere og se på forbedringer knyttet til utskrivelsesnotatene. Laugaland et al. (2012) ønsket å identifisere intervensjoner for å bedre pasientsikkerheten under pasientoverføringer for eldre med fokus på utskrivelsesprosessen. Newnham et al. (2017) undersøkte kommunikasjonspraksis ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten og identifiserte hva som ble foretrukket av pasienter og helsepersonell, og hva som økte pasient- og helsepersonelltilfredsheten, samt pasientens egen forståelse av sin medisinske tilstand.

Ved å gjennomføre en systematisk litteraturstudie for å undersøke sykepleiere i hjemmetjenestens erfaring med overføring av helseinformasjon, vil det kunne bidra til å styrke helsepersonells forståelse om hvor stor betydning helseinformasjonen har for den videre pasientoppfølgingen. Gjennom ny kunnskap kan dette danne grunnlag for å endre praksis for både sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, for å sikre helhetlig pasientforløp og ivareta pasientsikkerheten.

1.2 Presentasjon av studiens hensikt

Innledningsvis i studien ønsket vi å undersøke sykepleierne i hjemmetjenestens erfaringer med informasjonsoverføring bredt, men har gjennom prosessen valgt å avgrense hensikten til å utforske utfordringer med overføring av helseinformasjon da dette var fremtredende i datamaterialet. Se punkt 2.7.

Hensikten med studien ble derfor å utforske hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte ved overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen når pasienter ble skrevet ut fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

1.3 Egen forforståelse

Forforståelsen er det forskerne kan eller kjenner til angående et tema fra tidligere (Ekstedt, 2021, s. 89-90 + 95). Forforståelsen kan prege hva som er interessant i datamaterialet, det vil si at temaer som er kjent for forskeren fra tidligere kan utebli og konsekvensen vil da prege analysen av egne data (Ekstedt, 2021, s. 89-90 + 95). Det er viktig å frigjøre seg fra egen forforståelse så langt dette er mulig (Ekstedt, 2021, s. 89-90 + 95). Se punkt. 4.5 styrker og svakheter.

Vår arbeidserfaring er fra norsk helse- og omsorgstjeneste. Vi har begge erfaring som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, men vår sykepleierfaring er i all hovedsak fra primærhelsetjenesten. Vi har jobbet innenfor helse- og omsorgstjenesten i tretten og tjue år, hvor seks og ti av dem som sykepleiere.

I dagens helse-Norge er vår erfaring at overføring av helseinformasjon hovedsakelig gjennomføres elektronisk og at den elektroniske meldingsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er godt implementert. Likevel opplever vi at det fortsatt er utfordringer knyttet til forsinkelser og mangler i informasjonsoverføringen. I tillegg ser vi en variasjon av kvalitet i helseinformasjonen som mottas ved utskrivelse og mye av arbeidstiden går med på å innhente nødvendige opplysninger. Dette var grunnlaget for at vi ønsket å undersøke temaet i denne studien.

2 Metode

2.1 Forskningsdesign

Designet er en systematisk litteraturstudie med en kvalitativ syntese, hvor det ble gjennomført systematiske søk etter primærstudier for å besvare studiens hensikt (Aveyard et al., 2021, s. 1-2). Ved å gjennomføre en litteraturstudie identifiseres først en hensikt og besvarer denne ved å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur med en systematisk tilnærming (Aveyard et al., 2021, s. 1-5). I denne systematiske litteraturstudien ble sykepleiere i hjemmetjenestens erfaringer med overføring av helseinformasjon beskrevet. Når menneskelige erfaringer utforskes er det kvalitativ metode som benyttes (Aveyard et al., 2021, s. 42-43; Polit & Beck, 2021, s. 10-11).

2.2 Søk og søkestrategi

Innledningsvis i studien ble det gjennomført et «scoping-søk», med den hensikt å få oversikt over forskningsfeltet (Clarke & Lerdal, 2021, s. 183; Polit & Beck, 2021, s. 82-83). I denne prosessen ble systematiske litteraturstudier identifisert for å finne styrker og svakheter i allerede oppsummert forskning. Kunnskapshullet ble avdekket da det ikke var noen systematiske litteraturstudier som vektla sykepleierne i hjemmetjenestens erfaringer med overføring av helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten. Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie, innebærer å gjøre et omfattende søk og anses som en nødvendig del av det systematiske arbeidet for å finne relevante studier som besvarer studiens hensikt (Aveyard et al., 2021, s. 3+10; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 101-102; Polit & Beck, 2021, s. 9-10). Etter vi fikk oversikt over den tidligere forskningen, ble det utarbeidet en konkret plan med ulike emneord og tekstord som ble brukt gjennom søkeprosessen (Clarke & Lerdal, 2021, s. 189-190).

For å finne relevante primærstudier til denne litteraturstudien, var det nødvendig å søke strategisk og systematisk for å holde oversikt i prosessen. Søkene ble gjennomført i tre ulike elektroniske databaser: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature On-Line (MEDLINE) og the Excerpta Medica database (EMBASE). CINAHL og MEDLINE er to bibliografiske databaser som er nyttig i søk etter forskning innenfor sykepleiefaget. CINAHL inneholder mer enn 5000 engelskspråklige tidsskrifter og gir mulighet for en strategisk søkemetode (Polit & Beck, 2021, s. 90). MEDLINE dekker rundt 5600 medisinske, sykepleiefaglige og helserelaterte tidsskrifter, som også gir mulighet

til å søke systematisk og strategisk etter tilgjengelig forskning av samme tema (Polit & Beck, 2021, s. 93). Databasen EMBASE inneholder mer enn 7600 artikler fra medisinske tidsskrifter og har samme søkemotor som MEDLINE, men her brukes andre emneord (Helsebiblioteket, 2021).

Før søkene kunne gjennomføres ble nøkkelordene fra hensikten trukket ut og systematisert ved bruk av et PEO-skjema (Population, Exposure, Outcomes). PEO-skjema er et velegnet skjema for kvalitative studier og var til hjelp for å ivareta systematikken av søk i de ulike databasene (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 23-26). PEO-skjemaet ble endret underveis og var aktivt i bruk under hele søkeprosessen. Tabell 1 PEO-skjema, viser en oversikt over nøkkelordene til denne litteraturstudien og videre ble disse utarbeidet til emneord for hver database, noe som var nødvendig for å ivareta systematikken i søkene (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 104-105).

Databasene inneholder ulike emneord, som også kalles «subject headings», hvor emneordene kan ha ulik betydning og derfor ble det viktig å utforske de forskjellige databasene og finne de emneordene som hadde samme betydning i hver database (Polit & Beck, 2021, s. 88-89). Oppbyggingen av søket ble først utført i CINAHL, her kalles emneordene CINAHL-headings. Emneordene i MEDLINE og EMBASE blir kalt MeSH-termer (medical subject headings), men MeSH-termene i disse to databasene er nødvendigvis ikke like (Polit & Beck, 2021, s. 88-91 + 93-95). Tabell 1- PEO-skjema viser derfor at emneordene er noe ulike i de tre databasene, men søkene i hver enkelt database er tilnærmet så lik som mulig.

Da emneordene var identifisert ble det jobbet videre med å finne tekstord som kunne kombineres med emneordene. I siste kolonne i Tabell 1, er tekstordene oppført innenfor element P og element E. Tekstordene var like for alle databasene. Alle tekstord, sammen med trunkering, frase og nærhetsoperatører ble søkt i tittel og abstrakt som ga mulighet for å spisse og samtidig holde på bredden i det systematiske søket (Aveyard et al., 2021, s. 77-80).

Trunkering er merket med «*» og fører til at de ulike databasene søker i entall-/flertallsendelser (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 107). Det er likevel viktig å vite hvor man plasserer «*», da det ellers kan gi rom for feiltakelser av ordene og inkludere alle endinger som ikke er relevante (Aveyard et al., 2021, s. 79; Polit & Beck, 2021, s. 89-90). Frase gjøres i søket med «"»», for at databasene ikke skal dele opp ordene og gi de en annen mening. Nærhetsoperatørene i CINAHL markeres med «N1» eller «N2» og viser hvor mange

ord som kan stå imellom de ulike ordene i søket, samt at de også kan bytte plass. Dette er vist i tabell 1 PEO-skjema. I MEDLINE og EMBASE gjøres søk med nærhetsoperatorer annerledes, og i vedlegg 1 finnes en fullstendig oversikt over søkestrategiene til alle tre databasene.

Innenfor hver kolonne i PEO-skjemaet ble både emneordene og tekstordene kombinert med «OR». Når disse kombineres skapes det en bredde i søket, men for å spisse søket kombineres til slutt alle elementene sammen med «AND» (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 104-106). I Tabell 1 viser vi til at P og E elementet er utfyllt, men at O elementet ikke inneholder noen søkeord. Årsaken til dette var da det underveis i søkeprosessen ble oppdaget flere ulike måter å beskrive sykepleiernes erfaringer på, noe som ga muligheter for å miste relevant forskning ved å legge til dette elementet og derfor ble ikke O elementet inkludert i søket.

Det ble gjennomført flere systematiske søk med ulike emneord og kombinasjoner, og søkene etter primærstudier ble utarbeidet over ca. åtte uker før kombinasjonen av emneord og tekstord ble endelig bestemt. Under denne prosessen ble det gjennomført flere veiledningstimer ved biblioteket og søkene ble gjennomført og kvalitetssikret av bibliotekar ved Lovisenberg Diakonale Høgskole 14.12.22. Hvordan søkestrategien ble gjennomført og kombinert vises i vedlegg 1.

Tabell 1: PEO-skjema.

Kombineres med	Nøkkelord «or»	Emneord, CINAHL «or»	Emneord, MEDLINE «or»	Emneord, EMBASE «or»	Tekst ord, søkt i tittel/abstrakt «or»
Population/ Problem «and»	Sykepleiere i hjemmetjenesten	- (MH "Community Health Nursing") - (MH "Home Health Care")	- Community Health Nursing/ - Home Care Services/	- Community Health Nursing/ - Home care/	- "Home health nurs*" - Home health N1 nurs* - "Community care nurs*" - "Community health nurs*" - Community N2 nurs*
Exposure/ Undersøke «and»	Informasjonsoverføring	- (MH "Patient Discharge") - (MH "Transitional Care") - (MH "Continuity of Patient Care") - (MH "Hospital to Home Transition") - (MH "Transfer, Discharge")	- Patient Discharge/ - Transitional Care/ - Continuity of Patient Care/ - Hospital to Home Transition/	- Hospital discharge/ - Transitional care/ - Patient care/ - Hospital to Home Transition/	- Information N2 exchange* - "Electronic messag*" - Transition* N2 Care - Discharge N2 information - Discharge N2 communication*
Outcomes/ utfall «and»	Sykepleiere i hjemmetjenestens erfaring				

2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene for studien (se tabell 2) ble utarbeidet basert på studiens hensikt, og var definert før gjennomføringen av de systematiske litteratursøkene i databasene CINAHL, MEDLINE og EMBASE (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 87). Dette ga tydelige rammer for hvilke studier som skulle inkluderes, og for å ivareta systematikken i utvelgelsesprosessen av primærstudiene (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 87).

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble delt opp i studiedesign, populasjon, exposure, årstall og språk.

Studiedesign

Designet skulle innebære en kvalitativ syntese og derfor måtte primærstudiene ha et kvalitativt design (Aveyard et al., 2021, s. 47). For å kunne undersøke dette ble kvalitative vitenskapelige primærstudier inkludert. Når det er menneskelig erfaringer som utforskes, benyttes kvalitativ metode (Aveyard et al., 2021, s. 47), men i observasjonsstudier belyses kun forskerens opplevelse av en gitt situasjon og ikke erfaringer til andre enn forskeren selv

(Polit & Beck, 2021, s. 165-166). Grunnet dette ble kun observasjonsstudier inkludert hvis de også inneholdt intervjuer. I studier som inneholdt mixed methods, ble kun den kvalitative delen av studien inkludert.

Populasjon

Inklusjonskriteriet for populasjonen i primærstudiene var sykepleiere eller AKS i hjemmetjenesten. Dette da studiens hensikt var fra et hjemmetjenesteperspektiv. Studier som inkluderte annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, helsefagarbeidere, terapeuter og leger ble ekskludert, samt helsepersonell fra andre kommunale tjenester. I studier som hadde en bredere populasjon, som for eksempel sykepleiere i hjemmetjenesten og fastleger, ble kun informasjonen om erfaringene fra sykepleieren/AKS i hjemmetjenesten inkludert.

Exposure

I denne studien var hensikten å beskrive erfaringene sykepleiere/AKS hadde med overføring av helseinformasjon for voksne over 18 år, som ble skrevet ut fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten.

Årstall

Etter samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012, har det ført til en endring i den sykepleiefaglige oppfølgingen i primærhelsetjenesten (Cappelen & Rustøen, 2021, s. 26). Globalt ser man at faktorer som demografi, klima og økonomi har ført til et helsevesen i endring (Braithwaite et al., 2018; World Health Organization, 2015, s. 89-90). Dette gjelder også for hjemmetjenestene som skal tilpasse og organisere tjenestene og møte den eldre generasjonen som har behov for flere tjenester (Birkeland & Flovik, 2014, s. 17; World Health Organization, 2015, s. 89-90) Derfor ble søket begrenset på årstall til 01.01.2012 – 14.12.2022, for å inkludere primærstudier som kunnen belyse studiens hensikt.

Språk

Da vi var to som samarbeidet om denne litteraturstudien, var det viktig at begge kunne lese og forstå samme språk i forskningen. Derfor ble kriteriene for språk satt slik som vist i tabell 2.

Tabell 2: Studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studiedesign	Vitenskapelige primærstudier. Kvalitative studier med individuelle Intervjuer eller fokusgrupper Mixed Method design – her kvalitative data kan bli brukt	Ikke vitenskapelige studier Kvantitative studier. Kvalitativ studier som observasjoner, litteraturstudier, implementeringsforskning, aksjonsforskning. Rapporter, andre masteroppgaver(monografier), avhandlinger brev til redaktør, kommentarer, abstrakt til konferanser, konferanse framlegg, guidelines, bokkapitler
Populasjon	Sykepleiere/AKS i hjemmetjenesten	Annet helsepersonell som sykepleiere i andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, leger, terapeuter, helsefagarbeidere/hjelpepleiere
Exposure	Overføring av helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten for pasienter over 18 år, som skrives ut fra somatisk avdeling i sykehus.	Pasienter under 18 år, uten behov for oppfølging av hjemmetjenesten, pasientoverføring fra andre tjenester som f.eks. psykiatrien, kirurgisk eller innenfor samme tjenestenivå.
Årstall	01.01. 2012 – 14.12.2022 (dato for søket)	Tidligere enn 2012
Språk	Norsk, svensk, dansk, engelsk	Andre språk som ikke er nevnt i inklusjonskriteirene

2.4 Screeningprosessen

Etter søkene var gjennomført i de tre databasene, begynte screeningprosessen. Det første steget var å opprette et EndNote bibliotek hvor artiklene fra databasene ble overført. I CINAHL var det 1378 treff, MEDLINE 1080 treff og EMBASE 5564 treff, som ga totalt 8022 artikler. I EndNote-biblioteket ble det fjernet 2253 duplikater.

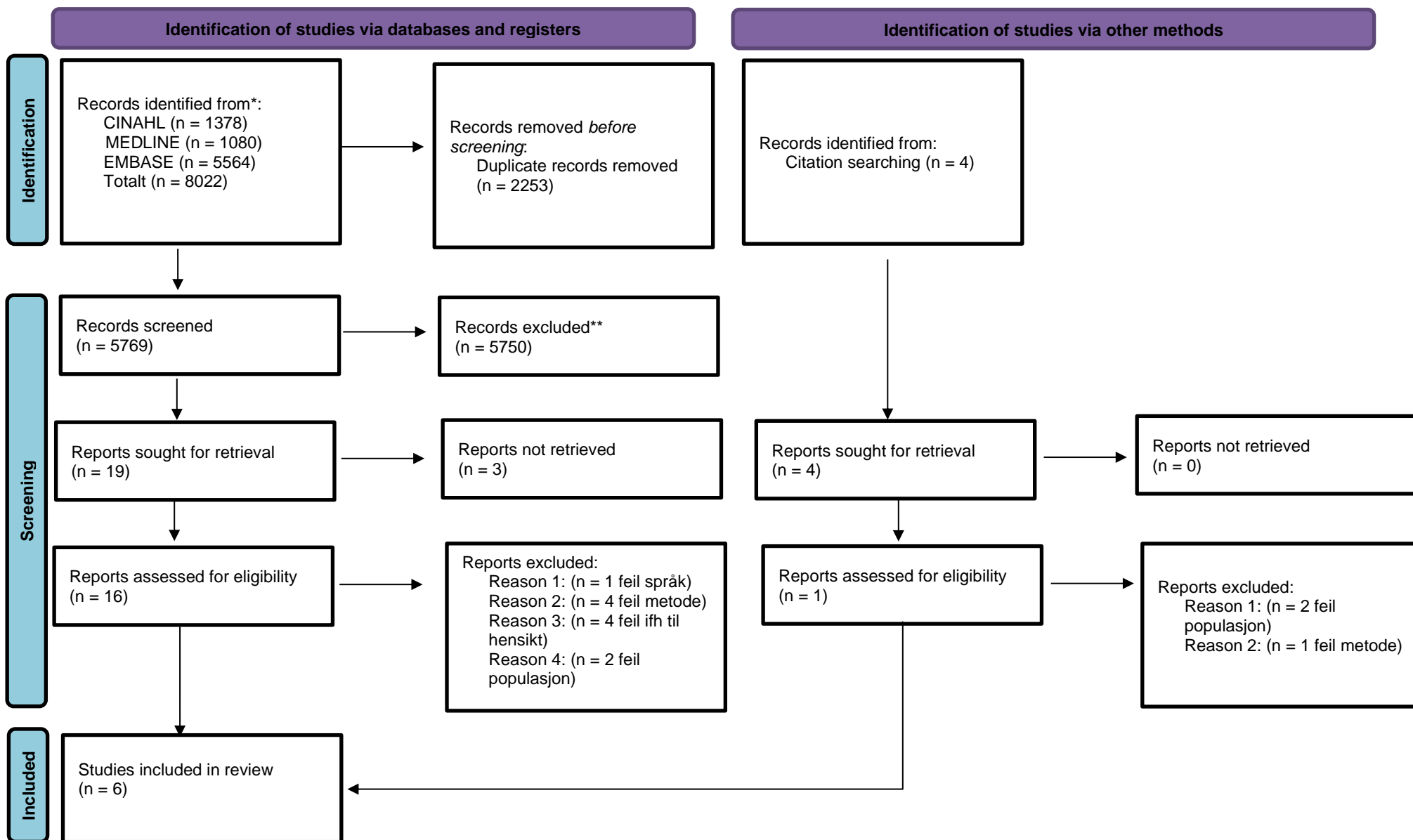
Det neste steget var å overføre de resterende 5769 artiklene til Rayyan. Dataprogrammet Rayyan var et verktøy hvor vi uavhengig av hverandre, såkalt blinding, vurderte om artiklene møtte inklusjonskriteriene til egen litteraturstudie (Ouzzani et al., 2016). I denne prosessen ble artiklene vurdert basert på tittel og abstrakt, for å undersøke om de tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Da blindingen ble avslått, var det 18 artikler som var i konflikt og disse ble gjennomgått sammen for å vurdere om de skulle inkluderes eller ekskluderes. Etter denne prosessen var gjennomført var det til slutt 19 studier som skulle vurderes i fulltekst for å undersøke om de skulle inkluderes i litteraturstudien (se figur 1).

Videre i prosessen ble 16 artikler lest i fulltekst. Det var tre artikler som ikke var mulig å finne i fulltekst og derfor ble disse ekskludert. De 16 artiklene ble lest blindet og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Da blindingen ble avslått på nytt, gikk vi sammen for å vurdere hvilke artikler som skulle inkluderes til egen studie. Fem primærstudier

tilfredsstilte inklusjonskriteriene og ble derfor inkludert. Da det systematiske søket og screeningen av primærstudier var fullført, ble det gjennomført et manuelt søk i referanselistene i de inkluderte studiene for å undersøke om det var andre relevante primærstudier som var egnet for å inkluderes i studien. Aveyard (2019, s. 89) kaller denne datasamlingsmetoden for «snowball sampling» og innebærer at en finner relevante studier i de allerede inkluderte primærstudiene fra det systematiske søket. Under «snowball sampling» ble det funnet fire studier som var av interesse. Disse studiene ble lest i fulltekst, hvor en av studiene (Sarzynski et al., 2019) møtte inklusjonskriteriene og ble inkludert til denne litteraturstudien.

Resultatet i screeningprosessen er presentert i PRISMA-flytskjema (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses), som vist i figur 1 (Polit & Beck, 2021, s. 674; PRISMA, 2023). Her illustreres søkene fra start til det endelige utvalget av inkluderte primærstudier (Polit & Beck, 2021, s. 674).

Figur 1: PRISMA-flytskjema (PRISMA, 2023).



2.5 Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudiene

Da primærstudiene var identifisert, ble det gjennomført en kvalitetsvurdering ved bruk av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) som er fremstilt i tabell 3. CASP er en sjekkliste som egner seg godt for studier med kvalitativ metode (CASP, 2023; Polit & Beck, 2021, s. 679). Sjekklisten består av ti hovedspørsmål om de ulike områdene i en forskningsstudie, med utdypende kontrollspørsmål for å sikre kvaliteten på den enkelte studien (Polit & Beck, 2021, s. 679). CASP-sjekklisten ble brukt som et verktøy for å vurdere kvaliteten til de inkluderte studiene og selv om studiene ikke fylte alle kriteriene i sjekklisten, var ikke det ensbetydende med at studiene hadde dårlig kvalitet (Aveyard et al., 2021, s. 113-115). Denne måten å kvalitetsvurdere studier på bidrar til å unngå skjevheter og feiltolkninger av funnene i primærstudiene (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 130). De kan ofte bedømmes ut fra troverdigheten og påliteligheten til forskeren, mer enn gyldighet og validitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 130). Primærstudiene ble ikke ekskludert, selv om de ikke fylte alle kriterier i CASP-sjekklisten, dette fordi de inneholdt temaer av interesse (CASP, 2023).

Vi gjennomførte CASP-sjekklisten opp mot den enkelte studie, først uavhengig av hverandre, før vi etterpå diskuterte og gjennomgikk sjekklisten sammen. Blinding i denne prosessen var viktig for å undersøke om det var uenigheter mellom hverandre og for å redusere egen påvirkning i vurderingen. Polit og Beck (2021, s. 185) definerer blinding som en metode for å hindre at involverte (deltakere/forskere) i studien har informasjon som mulig kan føre til skjevhet. Blindingsmetoden blir også kalt maskering (Polit & Beck, 2021, s. 185). Det handler om at vi legger bort egen forståelse og påvirkning fra hverandre slik at det kan minimere skjevhet i studien (Polit & Beck, 2021, s. 185-186).

Tabell 3: CASP-sjekkliste.

	Dolu, I. et al., 2021	Foged, S. et al., 2018	Jones, C. D. et al., 2017	Petersen, H. V. et al., 2019	Sarzynski, E. et al., 2019	Tønnesse n, S. et al., 2016
Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Nei	Delvis	Nei	Delvis	Nei
Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttig 10/10 Ja	Nyttig 9/10 Ja 1/10 Nei	Nyttig 7/10 Ja 2/10 Delvis 1/10 Nei	Nyttig 9/10 Ja 1/10 Nei	Nyttig 9/10 Ja 1/10 Delvis	Nyttig 9/10 Ja 1/10 Nei

2.6 Dataekstraksjon

Dataekstraksjon ble gjennomført etter kvalitetsvurderingen. Ekstraksjon av dataene fra primærstudiene inneholdt informasjon av interesse som besvarte studiens hensikt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 55). Aveyard et al. (2021, s. 97) beskriver denne prosessen som nyttig og som en forberedelse til analysen. Vi leste primærstudiene hver for oss og markerte fenomener og informasjon som var av interesse, og som besvarte studiens hensikt. I fem av de seks primærstudiene ble deltakere fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten inkludert (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019). I Tønnessen et al. (2016) var det kun deltakere fra hjemmetjenesten. Ved at vår hensikt var å utforske sykepleiere i hjemmetjenestens erfaring med overføring av helseinformasjon fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten, ble fenomener og informasjon knyttet til sykepleierne i hjemmetjenesten ekstrahert til egen studie.

Etter dette gikk vi sammen, fargekodet primærstudiene og laget en egen tabell med utdrag fra primærstudiene (se tabell 4). Ekstraksjonen var direkte avskrift fra primærstudienes originale språk, oversettelse til norsk ble gjort senere i prosessen, se punkt 2.7. Det ble gjennomført flere gjennomlesninger av primærstudiene, slik at vi hadde svært god kjennskap til studiene. Ekstraksjonen av dataene som var utarbeidet i en tabell, var til god hjelp for å identifisere fenomener av interesse som belyste studiens hensikt (Aveyard et al., 2021, s. 97). En logisk dataekstraksjon var med på å identifisere relevant informasjon og ga en god oversikt over datamaterialet i primærstudiene (Aveyard et al., 2021, s. 97-98).

Dataene som ble samlet fra primærstudiene inn i tabell 4, ble brukt som et hjelpemiddel til å administrere og behandle datainformasjonen (Aveyard et al., 2021, s. 98). I løpet av denne prosessen ble også informasjonen om primærstudienes egen hensikt, utvalg og metode ekstrahert. Denne informasjonen ble systematisert i en litteratormatrise som ga en god oversikt over primærstudiene (se tabell 5) (Lerdal, 2009; Polit & Beck, 2021, s. 97 +100).

Tabell 4: Utdrag av dataekstraksjon.

<p>Dolu et al., 2021 = grønn, Foged et al., 2018 = blå, Jones et al., 2017 = lilla, Petersen et al., 2019 = rosa, Sarzynski et al., 2019 = oransje, Tønnessen et al., 2016 = rød.</p>
<p><i>“The lack of a treatment protocol for home care led to confusions regarding caring initiatives after discharge.”</i></p>
<p><i>“The home care nurses expressed great frustrations about the telephone calls as it was a time-consuming process to call the hospital to get the information that they needed.”</i></p>
<p><i>“As a general rule, I’ve been told you’re not to contact the hospitals. I actually got in trouble for contacting the hospital. Trying to find out, get more information, trying to track a doctor down. I got in trouble for involving the hospital people... my experience is they don’t want us calling and trying to get more information from the hospital.”</i></p>
<p><i>“The home care nurses were highly dependent on information from the hospital nurses to provide proper care to the patient after discharge and described good collaboration and communication as a prerequisite for much of their work.”</i></p>
<p><i>“Home health care nurses reported issues with medication management, at the same critical point in time – hospital discharge. Specifically, medication lists embedded within the clinical summary and discharge summary often contained discrepancies.”</i></p>
<p><i>“Begrenset samarbeid om pasientopplysninger gjør dem usikre og de må derfor dobbeltsjekke den mangelfulle informasjonen de mottar. Dette fører til mange telefoner, ekstraarbeid og til at de blir stresset.”</i></p>

Tabell 5: Litteraturmatrise

Forfatter, år, land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn	Kvalitets vurdering
Dolu, I. et al., 2021, Tyrkia	To explore the perspectives of healthcare providers serving older patients after discharge from hospital to home regarding transitional care in an urban area of Turkey.	<i>Deltakere:</i> 8 sykepleiere fra hjemmetjenesten og 5 fastleger <i>Kjønn:</i> 7 kvinner og 6 menn <i>Alder:</i> gjennomsnitt 41,6 år <i>Arbeidserfaring:</i> gjennomsnitt 22 år	Kvalitativ, Semistrukturerte dybdeintervju. Lengde på intervju: 10-30min. Analysemetode: Tematisk analyse etter Braun og Clarke	Sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer mangler i overføringsnotater og epikriser fra sykehuset og savnet en plan for videre pasientoppfølging i hjemmet. De belyser også at manglende informasjon påvirker den videre pasientoppfølgingen på en negativ måte ved at det kan hindre sammenhengende pasientoverføring.	10/10 Ja
Foged, S. et al., 2018, Danmark	To describe nurses' perspectives on how an e-message system supports communication between hospital and home care nurses in relation to medication administration during transitions of care.	<i>Deltakere:</i> 27 sykepleier fra sykehus og 52 fra primærhelsetjenesten <i>Kjønn:</i> 77 kvinner, 2 = n <i>Alder:</i> ikke oppgitt <i>Arbeidserfaring:</i> gjennomsnitt 17, 6 år primærhelsetjenesten og gjennomsnitt 8,6 år sykehuset	Kvalitativ, fokusgruppe intervju og deltaker observasjon. Lengde på intervju: 47-95 min. Analysemetode: Innholdsanalyse etter Granheim og Lundman	Viktige opplysninger rundt den videre pasientoppfølgingen manglet i informasjonsoverføringen og forsinkelser av utskrivelsesnotater utfordret samarbeidet. Hjemmetjenesten opplevde mangel på medisinalister eller ved at det ikke ble beskrevet årsaker til endring eller seponering av medikamenter og var et stort ansvar sykepleierne følte på. Hjemmetjenesten beskriver dobbeltkontroll av opplysninger ved at de kontakter sykehuset for nødvendig informasjon. Manglene informasjon ga frustrasjon, irritasjon, usikkerhet og stor arbeidsbelastning for hjemmetjenesten.	9/10 Ja 1/10 Nei
Jones, C. D. et al., 2017, USA	Home health care nurse perspectives about challenges and solutions to coordinating care for recently discharged patients.	<i>Deltakere:</i> 41 sykepleiere i hjemmetjenesten og 13 i administrative/leder stillinger i hjemmetjenesten <i>Kjønn:</i> 50 kvinner og 4 menn <i>Alder:</i> ikke oppgitt <i>Arbeidserfaring:</i> gjennomsnitt 1,2 år	Kvalitativ, fokusgruppe intervju. Lengde på intervju: 56-61 min. Analysemetode: blanding av deduktiv/induktiv tematilnærming	Mangel på informasjon i overføringen, kan føre til samarbeidsutfordringer, merarbeid og mistillit til hverandre. Dette fører også til utfordringer rundt den videre pasientoppfølgingen og påvirker pasientsikkerheten. Sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde frustrasjon da det er vanskelig å få kontakt med behandlende lege i overføringsfasen. Sykepleiere i hjemmetjeneste opplevde manglende forståelse til hverandres arbeidsoppgaver, som førte til urealistiske forventinger for pasientene.	7/10 Ja 2/10 Delvis 1/10 Nei

Tabell 5: Litteraturmatrise fortsettelse

Forfatter, år, land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn	Kvalitets vurdering
Petersen, H. V. et al., 2019, Danmark	Explore how the registered nurses at the hospital and in the home care talk about and experience cross-sectoral collaboration related to transitional care of frail older patients.	<i>Deltakere:</i> 27 sykepleier fra sykehus og 52 fra primærhelsetjenesten <i>Kjønn:</i> 77 kvinner, 2 = n <i>Alder:</i> ikke oppgitt <i>Arbeidserfaring:</i> gjennomsnitt 17,6 år primærhelsetjenesten og gjennomsnitt 8,6 år sykehuset	Kvalitativ, semistrukturerte fokusgruppe intervju og deltaker observasjon. Lengde på intervju: 47-95 min. Analysemetode: Tematisk analyse etter Braun og Clarke	Sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde utfordringer med samarbeidet og kommunikasjon da man ikke kjente til hverandres ansvarsområde, selv om det var et felles mål om sømløse pasientoverganger. Kommunikasjon og samarbeidet blir belyst som sentrale områder i informasjonsoverføringen. Mangler i informasjonsoverføringen førte til dobbeltkontroll av innhenting av nødvendig informasjon. Merarbeid kan føre til frustrasjon, som igjen påvirker samarbeidet og holdningene mellom sykepleiere.	9/10 Ja 1/10 Nei
Sarzynski, E. et al., 2019, USA	Identify opportunities to improve the flow of relevant information to home care nurses, their patients, and informal caregivers during care transitions from hospital to home.	<i>Deltakere:</i> 19 Sykepleiere fra hjemmetjenesten <i>Kjønn:</i> 19 kvinner <i>Alder:</i> 20 - 65 år <i>Arbeidserfaring:</i> Er kun oppgitt i prosent: 5 - 15år = 29,4% 16 - 25år = 5,9% 26 - 35år = 64.7%	Kvalitativ, fokusgruppe intervju Lengde på intervju: 40-60 min. Analysemetode: «Immersion/crystallization analytic approach»	Sykepleiere opplever utfordringer ved mangler i medisinalistene og manglende informasjon i epikrisene ga merarbeid i form av å måtte innhente riktig informasjon etter utskrivelse. Det er også utfordringer med ulike dokumentasjonssystemer, som fører til ufullstendig dokumentasjon. Utskrivelser i forbindelse med helg, gir utfordringer med informasjonsutvekslingen.	9/10 Ja 1/10 delvis
Tønnesse n, S. et al., 2016, Norge	Få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innføringen av samhandlingsreformen.	<i>Deltakere:</i> 7 sykepleiere fra hjemmetjenesten, hvor 4 jobber direkte pasientrettet og 3 jobber med planleggingen av tjenesten <i>Kjønn:</i> Ikke oppgitt <i>Alder:</i> Ikke oppgitt <i>Arbeidserfaring:</i> Ikke oppgitt	Kvalitativ, Individuelle dybdeintervju Lengde på intervju: 60-90 min Analysemetode: fenomenologisk hermeneutisk tilnærming	Sykepleierne i hjemmetjenesten påpeker at det er forskjeller i informasjonsutvekslingen knyttet til enkelte diagnoser og behandling. Informasjonsoverføringen påvirker den videre pasientoppfølgingen, da det er lite forståelse for hverandres sykepleiefokus og mangel på innblikk i de ulike tjenesteområdene, noe som igjen påvirker relasjonen mellom pasient og sykepleiere i hjemmetjenesten. Utilstrekkelig informasjon og planlegging av utskrivelser påvirker arbeidsbelastningen og ansvarsområdet til sykepleierne i hjemmetjenesten.	9/10 Ja 1/10 Nei

2.7 Tematisk analyse

Analyseprosessen til denne litteraturstudien ble gjennomført med en tematisk analyse basert på Braun og Clarke (2022) sin beskrivelse hvor de deler opp analyseprosessen i seks faser. Målet med den tematiske analysen var å identifisere, analysere og oppsummere forskningen til primærstudiene på en systematisk måte (Braun & Clarke, 2022, s. 250-251).

Analyseprosessen er ikke en lineær prosess, men i løpet av denne prosessen går man frem og tilbake mellom de ulike fasene. For å få oversikt og systematikk i analysen ble det opprettet flere analysetabeller underveis som til slutt ble samlet sammen i en tabell (se tabell 6). I den tematiske analysen ble hensikten justert på bakgrunn av datamaterialet, og blir beskrevet i fase seks. Denne justeringen medførte også et behov for re-analyse fra fase tre til seks.

Fase en – Godt kjennskap til datamaterialet

I fase en var målet å bli godt kjent med primærstudiene og datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 42-44). Dette ble gjort ved at primærstudiene ble lest flere ganger og datamaterialet i dataekstraksjonen ble på nytt gjennomgått. På denne måten ga det oss en grundig forståelse av dybden og bredden på informasjonen som primærstudiene ga. Under denne lesingen ble det ikke funnet nye fenomener av interesse fra dataekstraksjonen, men kjennskap til primærstudiene ble økt. Under dataekstraksjonen ble primærstudienes originale språk ivaretatt, men i analyseprosessen ble det bestemt at datamaterialet skulle være på eget morsmål (norsk). Alle fenomener av interesse ble deretter ført inn i en tabell, hvor materialet ble oversatt. Fargekodene fra dataekstraksjonen ble brukt gjennom analyseprosessen.

Fase to – Dele opp i koder

Videre i analyseprosessen ble det å gi tekstutdragene egne koder. I denne fasen ble sentrale ord og begreper fra tekstutdragene samlet inn og kodet. Det ble totalt 39 koder fra de seks primærstudiene. I denne fasen var det nødvendig at kodene ikke mistet nøkkelinformasjon, noe som var viktig for den videre analyseprosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 59-65). Kodene ble i denne fasen også sortert etter fenomener, men ikke samlet til nye koder eller temaer, da dette var en del av neste fase. Det ble funnet få koder med motsetninger. Og selv om det ble funnet motsetninger ble ikke disse kodene fjernet eller jevnet ut, da de kunne skape relasjoner mellom kodene (Braun & Clarke, 2022, s. 59-65).

Fase tre – søk etter temaer

Etter at kodene var definert, ble kodene som omhandlet samme tema organisert og systematisert inn i egne kolonner i analysetabellen, hvor kodene ble gjennomgått for å se om de omhandlet samme fenomen (Braun & Clarke, 2022, s. 81-85). Det ble vurdert hvordan kodene kunne kombineres, og når kodene hadde samme meningsbetydning ble hovedessensen av de samlede kodene ekstrahert (Braun & Clarke, 2022, s. 78-85). De ble til slutt samlet sammen til syv temaer. Senere i analysen oppdaget vi et behov for å gå tilbake til fase tre og gjøre en re-analyse. De samme syv temaene ble beholdt i re-analysen, se fase seks.

Fase fire – Gjennomgang av temaer

I denne fasen ble det jobbet videre med å gjennomgå temaene som ble utarbeidet i fase tre. Koder og temaer med samme betydning ble vurdert opp mot hverandre for å se om det kunne danne seg nye temaer (Braun & Clarke, 2022, s. 97-99). Her ble det et behov for å gå tilbake til fase to og jobbe oss gjennom prosessen på nytt, dette kalles «Revisit» (Braun & Clarke, 2022, s. 100-101). Dette fordi kodene måtte defineres tydeligere, og fordi nøkkelinformasjon var uklar.

I fase fire ble det også jobbet med å vurdere om temaene kunne stå alene som egne temaer, eller om det viste seg at noen av temaene ble bekreftet som «ikke-temaer», ved at det ikke var nok funn i datamaterialet som kunne støtte temaet (Braun & Clarke, 2022, s. 102-103). Denne fasen var med på å synliggjøre fellestrekk i fem av de syv temaene som omhandlet mangler i overføring av helseinformasjon. I disse temaene ble det funnet ulikheter som omhandlet forskjellige erfaringer og påvirkninger. Manglene i overføring av helseinformasjon førte til at disse ble diskutert, og også om det skulle dannes et tema og fire subtemaer. Under denne fasen ble det gjennomgått to nivåer, hvor nivå en innebar å lese og sammenstille hvert tema for å se etter sammenhengende mønstre. Her ble temaene vurdert i forhold til om de var hensiktsmessige og om temaene kunne stå alene eller om det måtte gjøres endringer (Braun & Clarke, 2022, s. 103-108). I nivå to, som har mange likheter med nivå en, ble gyldigheten til temaene vurdert i forhold til datamaterialet fra primærstudiene og om temaene gjenspeilet betydningene i sin helhet (Braun & Clarke, 2022, s. 107). I re-analysen ble det ikke utført betydelige endringer på temaene.

Fase fem – Navngi og definere temaene

Denne fasen ble påbegynt etter at temaene i fase tre og fire var utarbeidet i analysetabellen. Videre ble ytterligere avgrensning av temaene nødvendig, hvor vi trakk ut essensen til hvert enkelt tema (Braun & Clarke, 2022, s. 108-111). I denne prosessen ble det tydelig definert tre hovedtemaer, hvor hovedtema en hadde fire subtemaer. I re-analysen ble det definert tre hovedtemaer som hadde likheter med de tidligere hovedtemaene, men her ble det tydelig at hvert hovedtema inneholdt to subtemaer. Temaene ble definert ved å gjennomgå utdrag fra teksten som var oversatt til norsk for hvert enkelt hovedtema og subtema. Vi så på fenomener av interesse og begrunnelser for disse. Det ble skrevet ut egne tolkninger og tanker om interessante fenomener (Braun & Clarke, 2022, s. 111-113). Hovedtemaenes titler og beskrivelser blir presenter under punkt 3.2.

Fase seks – Utvikle studien

I den siste fasen i den tematiske analyseprosessen ble resultatet beskrevet. I denne prosessen var det viktig å jobbe med teksten slik at den besvarte studiens hensikt, eventuelt gjøre justeringer i studiens hensikt (Braun & Clarke, 2022, s. 108-111). Samtidig passe på at resultatene ikke ble en oppramsing, men en kortfattet, sammenhengende og interessant redegjørelse av temaene som viser nytteverdien av egen studie (Braun & Clarke, 2022, s. 118-122). Da vi hadde kommet til denne fasen valgte vi å justere oppgavens hensikt med å beskrive utfordringene. Dette da vi så at datamaterialet hovedsakelig omhandlet utfordringene sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte, og oppgavens nye hensikt ble da: «Å utforske hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte ved overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen når pasienter ble skrevet ut fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten» (se punkt 1.2). Grunnet dette valgte vi å re-analysere funnene våre og gikk da tilbake til fase 3. I denne prosessen ble det oppdaget tre hovedtemaer, hvor hvert hovedtema inneholdt to subtemaer. Resultatene presenteres i punkt 3.2.

Tabell 6: Utdrag av analysetabellen.

Fase 1 Utdrag av interesse	Fas 2 Innledende koder	Fase 3 De nye temaene	Fase 4 Gjennomgang av temaene	Fase 5 navngi og definere temaene
Sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer at overføringsnotater og/eller epikriser fra sykehuset ikke inneholder tilstrekkelig informasjon.	Overføringsnotater og/eller epikriser inneholder ikke tilstrekkelig informasjon.			
Sykepleierne forklarte imidlertid at fastlegene i den umiddelbare tiden etter utskrivelse ofte manglet oppdatert informasjon om pasientens nylige innleggelse da de ulike utskrivningsdokumentene fra sykehusene ofte ble forsinket.	Det tok tid før fastlegen mottok oppdatert informasjon om innleggelsen.	Erfaringer med mangler i utskrivelsesdokumenter som hjemmetjenesten mottar	Mottar ikke nødvendig eller tilstrekkelig informasjon for å kunne gi god og sikker pasientoppfølging fra spesialisthelsetjenesten	Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten turer pasientsikkerheten
Sykepleierne opplevde manglende informasjon som utfordrende knyttet til den videre omsorgen for pasientene etter utskrivelse. De opplevde ansvarsfraskrivelse og motstand fra sykepleierne og legene på sykehuset da de kontaktet dem for mer informasjon.	Informasjonsmangelen utfordret pasientoppfølgingen etter utskrivelse og opplevelse av motstand og ansvarsfraskrivelse ved re-kontakt			
Sykepleieren i hjemmetjenesten fortalte at utskrivelsesdokumenter ofte manglet viktig nøkkelinformasjon som har betydning for pasientens diagnose og behandling.	Viktig nøkkelinformasjon manglet i utskrivningsdokumenter.			
De forteller videre at pasienter sendes hjem uten at epikriser og medisinalister følger med, noe som gjør tilpassingen av tjenestetilbudet til pasienter vanskelig.	Mangler på epikriser utfordrer den videre pasientoppfølgingen.			

2.8 Ethiske overveielser og hensyn

Siden denne systematiske litteraturstudien bygger på eksisterende forskning, vil det ikke være behov for å søke godkjenning fra regional etisk komité (REK), norsk senter for forskningsdata (NSD) eller lokalt personvernombud. Det er likevel viktig at en selv kritisk vurderer primærstudienes ivaretagelse av forskningsetikken (Hem et al., 2021, s. 76). Dette er gjennomført ved å kvalitetsvurdere primærstudiene og at de etiske overveielsene er tatt hensyn til. I egen litteraturstudie ble det henvisning tydelig til kilder, og andres arbeid ble ikke presentert som vårt eget (Hem et al., 2021, s. 76). Det er viktig at vi ikke opptrer vitenskapelig uredelig, noe som innebærer forfalskninger, plagiering og andre alvorlige brudd på etiske normer (Forskningsetikkloven, 2017, § 8.).

3 Resultat

3.1 Beskrivelse av de inkluderte studiene

De inkluderte primærstudiene ble gjennomført i Tyrkia (n = 1), Danmark (n = 2), USA (n = 2) og Norge (n = 1), og var publisert mellom 2016-2021. Fem av studiene hadde med deltakere både fra hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019). Tønnessen et al. (2016) hadde kun deltakere som jobbet i hjemmetjenesten. Deltakerne fra studiene utgjorde totalt 179 sykepleiere fra hjemmetjenesten. Datainnsamlingsmetodene var individuelle intervjuer (Tønnessen et al., 2016), fokusgruppe intervjuer (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019) og semistrukturerte dybdeintervjuer (Dolu et al., 2021). To av de inkluderte studiene gjennomførte dataanalysen med tematisk tilnærming etter Braun og Clarke (Dolu et al., 2021; Petersen et al., 2019). En studie benyttet kvalitativ innholdsanalyse basert på Granheim og Lundman (Foged et al., 2018). Jones et al. (2017) benyttet en blanding av deduktiv/induktiv tematilnærming. En studie benyttet «Immersion/crystallization analytic approach» (Sarzynski et al., 2019). Tønnesen et al. (2016) benyttet fenomenologisk hermeneutisk tilnærming i analyseprosessen.

3.2 Presentasjon av studiens resultater

Dataanalysen resulterte i tre hovedtemaer. Hovedtema en er «*Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten*». Dette hovedtemaet hadde to subtemaer: Mangelfull helseinformasjon og ulike elektroniske journalsystemer utfordret den videre pasientoppfølgingen, og Mangelfulle eller unøyaktige opplysninger om medikamenter i helseinformasjonen. Hovedtema to er «*Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten*» med to subtemaer: Ulike syn på sykepleiernes ansvarsområde i hjemmetjenesten, og Ulike syn på pasientens behov for tilrettelegging i hjemmesituasjonen. Hovedtema tre er «*Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne*» med to subtemaer: Mangel på nødvendig helseinformasjon resulterte i re-kontakt, og Re-kontakten førte til stress og ubehag for sykepleierne.

Tabell 7: Presentasjon av temaene.

Hovedtema	Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten		Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten		Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne	
Subtema	Mangelfull helseinformasjon og ulike elektroniske journalsystemer utfordret den videre pasientoppfølgingen	Mangelfulle eller unøyaktige opplysninger om medikamenter i helseinformasjonen	Ulike syn på sykepleiernes ansvarsområde i hjemmetjenesten	Ulike syn på pasientens behov for tilrettelegging i hjemmesituasjonen	Mangel på nødvendig helseinformasjon resulterte i re-kontakt	Re-kontakten førte til stress og ubehag for sykepleierne

3.2.1 Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten

Studiene beskrev sykepleierne i hjemmetjenestens erfaringer med overføring av helseinformasjon. Sykepleierne trakk hovedsakelig frem utfordringer med den mangelfulle helseinformasjonen fra spesialisthelsetjenesten, og hvilke betydninger det hadde for den videre pasientoppfølgingen (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

Mangelfull helseinformasjon og ulike elektroniske journalsystemer utfordret den videre pasientoppfølgingen

Sykepleierne beskrev hvordan de ulike manglene i overføring av helseinformasjon påvirket den videre pasientoppfølgingen (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Helseinformasjonen hadde også stor påvirkning på kvaliteten i den videre omsorgen for pasientene, og for at sykepleierne kunne ivareta nødvendig og tilstrekkelig helsehjelp etter utskrivelse (Dolu et al., 2021; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Manglene besto av unøyaktig eller utilstrekkelig helseinformasjon i overføringsnotater og epikriser skrevet av sykepleiere eller leger i spesialisthelsetjenesten (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). I studien til Sarzynski et al. (2019) beskrev sykepleierne at epikrisen pasienten fikk med seg hjem, ikke alltid stemte overens med den informasjonen sykepleierne mottok. Samtidig beskrev sykepleierne at det ofte manglet informasjon om en plan for den videre behandlingen og hvilke tiltak som skulle følges opp etter utskrivelse (Dolu et al., 2021, Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). En annen utfordring med utskrivelsesnotater og epikriser var at det kunne ta flere dager før

helseinformasjonen ble overført til hjemmetjenesten, eller at de uteble helt (Foged et al., 2018; Tønnessen et al., 2016).

Sykepleierne erfarte store utfordringer med ulike elektroniske journalsystemer i overføring av helseinformasjon, ved at man ikke kunne innhente tilgjengelige pasientopplysninger når man ikke hadde tilgang til samme elektroniske journalsystem (Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019). Selv om man hadde tilgang til de elektroniske sykehusjournalene, erkjente sykepleierne utfordringer ved at de ikke hadde nok kunnskap om systemet for å innhente de opplysningene de trengte når nødvendig helseinformasjon uteble i overføringen (Sarzynski et al., 2019). Sykepleierne så behovet for et felles elektronisk journalsystem slik at de lettere kunne få innblikk i notater og endringer som var utført under innleggelsen, og dermed unngå manglende helseinformasjon som kunne påvirke den videre pasientoppfølgingen (Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019).

For å sikre en trygg og forsvarlig pasientoppfølging etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, påpekte sykepleierne i hjemmetjenesten at manglende helseinformasjon utfordret ivaretagelse av den videre behandlingen og kunne true pasientsikkerheten (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

«Discharge reports should contain sufficient information for us (nurses), as sometimes discharge reports do not cover what should be exactly done at home» (Dolu et al., 2021, s. 875).

Mangelfulle eller unøyaktige opplysninger om medikamenter i helseinformasjonen

Sykepleierne beskrev at medikamentene pasientene ble skrevet ut med, ikke alltid stemte overens med de medikamentene pasientene hadde brukt tidligere, og at endringer og seponeringer ikke ble presisert i epikriser (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019). Videre beskrev sykepleierne at medisinlistene pasientene mottok ved utskrivelse ikke alltid var den medisinlisten hjemmetjenesten mottok fra spesialisthelsetjenesten. Dette fordi pasientene fikk med seg uferdige papirutgaver ved utskrivelser, og sykepleierne mottok elektroniske meldinger i etterkant når det potensielt kunne oppstå endringer under ferdigstilling av epikrisen (Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Samtidig var det også slik at sykepleierne ikke alltid mottok medisinlistene direkte fra spesialisthelsetjenesten, men at de først fikk dem når de kom hjem til pasientene (Foged et al., 2018). Nødvendige

opplysninger om hvilke medikamentelle endringer som ble foretatt under innleggelsen var en forutsetning for at sykepleierne skulle utføre forsvarlig medikamenthåndtering og ivareta pasientsikkerheten (Foged et al., 2018; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Fare for medikamentavvik i overføring av helseinformasjonen kunne forekomme, da det var flere leger involvert i pasientbehandlingen (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019). En annen faktor som kunne føre til medikamentavvik var at enkelte av pasientene var ukjente for sykepleierne i hjemmetjenesten, og at sykepleierne ikke hadde tidligere opplysninger om pasientenes medisinske bakgrunn og derfor ikke hadde grunnlag for å etterspørre feil eller mangler (Foged et al., 2018).

Sykepleierne beskrev et stort ansvar for å sikre medikamenthåndteringen etter utskrivelse, og formidlet at mangelen på medikamentinformasjon var en stor utfordring i den videre pasientoppfølgingen (Foged et al., 2018; Tønnessen et al., 2016). De stolte ikke alltid på informasjonen om medikamentene de hadde mottatt i overføring av helseinformasjon, og så seg nødt til å undersøke ytterligere for å ivareta pasientene etter sykehusoppholdet (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019). Sykepleierne bekreftet at de dobbeltsjekkete helseinformasjonen i epikrisene, utskrivelsesnotatene og medisinalistene for å ivareta forsvarlig medikamenthåndtering (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

«We double-check and make sure. We don't trust that the medication list from the hospital is correct» (Foged et al., 2018, s. 800).

3.2.2 Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten

Tre av de inkluderte studiene trakk frem ulike perspektiver som påvirket helseinformasjonen og samarbeidet i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnesen et al., 2016). Dette omhandlet ulike perspektiver på sykepleiernes ansvarsområde og hjemmetjenestens tilbud (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnesen et al., 2016).

Ulike syn på sykepleiernes ansvarsområde i hjemmetjenesten

Sykepleierne fremhevet at kjennskap og forståelse for hverandres ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten hadde betydning for helseinformasjonen og

samarbeidet, og var helt avgjørende for å ivareta pasientsikkerheten i overføringen mellom tjenestenivåene (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

Sykepleierne erfarte å bli møtt med lite forståelse for det ansvaret de hadde i utskrivelsesprosessen, noe som medførte en negativ innvirkning på helseinformasjonen og samarbeidet i pasientoverføringen (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019). Sykepleierne beskrev også at de ble pålagt et større ansvar enn deres egen rollebeskrivelse ved at de ble stående alene med det medisinske ansvaret i overføringsprosessen (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019). Dette ved at helseinformasjonen i overføringen var mangelfull og verken spesialisthelsetjenesten eller fastlegen ville ta ansvar for pasientene når de ikke hadde nødvendige opplysninger (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

«Vi må bare ta imot pasienten (...) Så det går ofte igjen at vi får de sendt hjem, uten det de trenger» (Tønnessen et al., 2016, s. 20).

Ulike syn på pasientens behov for tilrettelegging i hjemmesituasjonen

Sykepleierne i hjemmetjenesten formidlet at beskrivelsen av pasientens funksjonsnivå ofte var undervurdert i overføring av helseinformasjonen og førte til manglende tilrettelegging for den videre pasientoppfølgingen (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). I tillegg til ulike perspektiver på vurdering av funksjonsnivået erfarte sykepleierne i hjemmetjenesten at sykepleiere og leger i spesialisthelsetjenesten bidro til å skape urealistiske forventninger for pasientene, da de ga misvisende informasjon om hjemmetjenestens tilbud ved utskrivelse (Jones et al., 2017; Tønnessen et al., 2016).

Sykepleierne i hjemmetjenesten uttrykte et felles ønske om sømløse og trygge overganger mellom de to tjenestenivåene, selv om de hadde ulik forståelse av pasientens behov for tilrettelegging av tjenester (Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Selv om det var et ønske fra sykepleierne i hjemmetjenesten og på sykehuset om et bedre samarbeid, erfarte sykepleierne i hjemmetjenesten utfordringer knyttet til mangelfull helseinformasjon (Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Dette hindret helhetlig pasientforløp og påvirket sykepleiernes behov for å kontakte behandlende leger for å ivareta den videre pasientoppfølgingen (Dolu et al., 2021; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Sarzynski et al., 2019).

«When you meet face to face, you talk differently. Maybe someone could visit us (the hospital nurses) to see what it's like... To get an understanding of each other's worlds» (Petersen et al., 2019, s. 2004).

3.2.3 Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne

Den mangelfulle helseinformasjonen førte til at sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde et behov for re-kontakt med spesialisthelsetjenesten for innhenting av nødvendig helseinformasjon (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Denne re-kontakten beskrev sykepleierne som en ekstra arbeidsoppgave, og førte til en belastning i en allerede full arbeidsdag (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

Mangel på nødvendig helseinformasjon resulterte i re-kontakt

Sykepleierne erfarte utfordringer med å innhente informasjonen de manglet når de kontaktet spesialisthelsetjenesten (Foged et al., 2018; Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Sykepleierne ga uttrykk for at utfordringene besto av å komme i kontakt med sykepleier eller lege som hadde kjennskap til pasienten, og som kunne besvare spørsmålene til sykepleierne i hjemmetjenesten (Foged et al., 2018; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). I enkelte tilfeller ble de lovet at sykepleier eller lege skulle ringe tilbake, men dette ble ikke overholdt (Jones et al., 2017). Re-kontakt i forbindelse med helgene ble beskrevet som en ekstra utfordring, da sykepleier eller lege i spesialisthelsetjenesten som kunne ha kjennskap til pasienten, ikke var til stede på grunn av lavere bemanning (Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016). Dette kunne resultere i at pasientene ikke fikk den nødvendige oppfølgingen, da viktige helseinformasjon ikke var beskrevet og fastlegen som skulle overta den videre medisinske behandlingen ikke var tilgjengelig før tidligst mandag (Sarzynski et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

Sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde re-kontakten som merarbeid og unødvendig, noe som kunne vært unngått dersom overføringen av helseinformasjon hadde inneholdt de nødvendige opplysningene for den videre pasientoppfølgingen (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

«Sykepleierne sier at det begrensede samarbeidet om pasientopplysninger gjør dem usikre og at de derfor må dobbeltsjekke den mangelfulle informasjonen de mottar. Dette fører til mange telefoner og ekstraarbeid» (Tønnesen et al., 2016, s. 21).

Re-kontakten førte til stress og ubehag for sykepleierne

Sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte at den mangelfulle helseinformasjonen ble en belastning for eget arbeid og den videre pasientoppfølgingen med å gi forsvarlige tjenester (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Tønnessen et al., 2016). Manglene medførte ekstraarbeid og var en tidkrevende prosess som førte til at sykepleierne ble frustrerte og stresset (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

Når de skulle innhente den manglende helseinformasjonen beskrev sykepleierne en opplevelse av å bli møtt med avvisning og irritasjon, avhengig av hvem man kom i kontakt med av sykepleiere og/eller leger i spesialisthelsetjenesten (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Tønnessen et al., 2016). I forbindelse med re-kontakten fortalte sykepleierne at de hadde fått negative tilbakemeldinger eller tilsnakk for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten, selv om de opplevde helseinformasjonen som mangelfull (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019). Denne motstanden som sykepleierne i hjemmetjenesten følte på, opplevdes som ubehagelig og en ansvarsfraskrivelse som påvirket den videre pasientoppfølgingen negativt (Foged et al., 2018; Jones et al., 2017; Petersen et al., 2019; Tønnessen et al., 2016).

«We constantly need to be aware. In the end, we are held accountable. So, it's a huge responsibility that we are faced with. I think it can make all of us feel nervous» (Foged et al., 2018 s. 802).

4 Diskusjon

Studiens hensikt var å utforske hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte ved overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen når pasienter ble skrevet ut fra somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. I denne studien er det identifisert fem reviewstudier. Disse studiene ble presentert i punkt 1.1 sammen med beskrivelse og vurdering av de ulike designene. Dette var tre systematiske reviewstudier (Kattel et al., 2020; Laugaland et al., 2012; Newnham et al., 2017), en integrative reviewstudie (Kim et al., 2022) og en scoping reviewstudie (Moore et al., 2021). Våre hovedtemaer (se punkt 3.2) til denne studien samsvarer ikke med hovedtemaene til de fem reviewstudiene. I denne studien ble enkelte funn støttet av reviewstudiene, noen funn ble delvis støttet og samtidige var det unike funn i egen litteraturstudie.

Det første hovedfunnet i denne studien beskrev den mangelfulle helseinformasjonens påvirkning av pasientsikkerheten. Dette var mangler i helseinformasjonen om en plan for den videre pasientoppfølgingen, og feil eller mangler i medikamentopplysningene. Kattel et al. (2020), Kim et al. (2022), Laugaland et al. (2012) og Moore et al. (2021) støttet eget funn om mangelfull helseinformasjon som ble overført mellom tjenestenivåene. Samtidig støttet Kattel et al. (2020) og Laugaland et al. (2012) eget funn om at den mangelfulle helseinformasjonen truet pasientsikkerheten. Men det var kun studien til Kim et al. (2022) som støttet eget funn om mangler og feil i medisinalister. Videre i denne studien ble felles journalsystem beskrevet som en utfordring for innhenting og overføringen av helseinformasjon, i motsetning til Moore et al. (2021) og Newnham et al. (2017) som beskrev at et felles journalsystem kunne forbedre overføring av helseinformasjon mellom tjenestenivåene.

Hovedtema to i denne studien beskrev ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved pasientoverføring til hjemmetjenesten. Dette støttes også av studiene til Kim et al. (2022) og Moore et al. (2021). Videre i egen studie ble det også beskrevet at det var ulike perspektiver på hjemmetjenestens arbeidsområde og tjenestetilbud. Kim et al. (2022) er enig i dette. I tillegg viste våre funn at det var manglende tillit til vurderingene sykepleierne i hjemmetjenesten utførte. Kim et al. (2022) og Moore et al. (2021) nevnte også dette. Formidling av ulike perspektiver på tilrettelegging av tjenester og den videre pasientoppfølgingen i hjemmet, var det kun vår studie som beskrev. Selv om Kim et al. (2022) og Moore et al. (2021) støttet egne funn i hovedtema to, ble funnene ikke beskrevet i

de systematiske reviewstudiene (Kattel et al., 2020; Laugaland et al., 2012; Newnham et al., 2017).

Studiens tredje hovedtema beskrev hvordan mangelfull helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning, som igjen førte til stress og frustrasjon hos sykepleierne i hjemmetjenesten. Eget funn støttes av Kim et al. (2022), Laugaland et al. (2012) og Moore et al. (2021). Den mangelfulle helseinformasjonen medførte også behov for re-kontakt med spesialisthelsetjenesten for å innhente den nødvendige informasjonen, spesielt i forhold til medikamentinformasjonen. Dette støttes av Kim et al. (2022). Denne litteraturstudien, Kim et al. (2022) og Laugaland et al. (2012) beskrev at mangelfull planlegging medførte en ekstra arbeidsbelastning. Samarbeidet og samhandlingen i pasientoverføringen skapte utfordringer, og var en tidkrevende prosess for sykepleierne i hjemmetjenesten, som førte til stress og frustrasjon. Kim et al. (2022) støttet vårt funn om den tidkrevende prosessen, mens Moore et al. (2021) støttet at kommunikasjonen i samarbeidet kunne gi frustrasjon. Likevel var det få av våre funn som ble beskrevet i de systematiske reviewstudiene (Kattel et al., 2020; Laugaland et al., 2012; Newnham et al., 2017).

4.1 Mangelfull helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten truet pasientsikkerheten

Overføringsprosessen mellom tjenestenivåene er et kritisk punkt for pasientene og har stor betydning for pasientsikkerheten (Brostigen & Leonardsen, 2019; Wyller, 2020, s. 37). Sykepleierne i hjemmetjenesten påpekte at innholdet i helseinformasjonen var varierende og at overføring av helseinformasjon hadde stor påvirkning på kvaliteten i den videre omsorgen for pasientene. En konsekvens av mangelfull helseinformasjon var at sykepleierne ikke kunne utføre tilstrekkelig og nødvendig helsehjelp for pasientene i hjemmet. Dette til tross for at Helsepersonelloven (1999, § 39-40. + § 45 a.) påpeker at epikriser skal inneholde nødvendig og tilstrekkelig informasjon for at pasientbehandlingen kan skje på en forsvarlig måte. Selv om overføring av nødvendig helseinformasjon er lovpålagt, viste vår studie at overføring av helseinformasjon fortsatt var preget av mangler. Dette kan true pasientsikkerheten og samtidig påvirke sykepleiernes utøvelse av faglig forsvarlige tjenester i hjemmet (Ingstad, 2021, s. 120-121; Orvik, 2015, s. 237). På en annen side viste studien til at sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte at overføring av helseinformasjon hos kreftpasientene inneholdt nødvendig helseinformasjon, i motsetning til andre pasientgrupper, hvor det ofte manglet

informasjon om en plan og tiltak for den videre behandlingen. Som et tiltak for å styrke overføring av helseinformasjon i den videre pasientoppfølgingen, kan sjekklister og standardiserte pasientforløp være nyttig (Ingstad, 2021, s. 122). I motsetning til dette belyste Grimsmo et al. (2016) at spesialisering av tjenester og personell i primærhelsetjenesten hverken var bærekraftig eller funksjonell i forhold til spesifikke diagnoser. Samtidig er pasientene ulike og tjenestene skal tilpasses den enkelte, og det vil derfor være mer hensiktsmessig med tilpassing av diagnoseuavhengige forløp (Ingstad, 2021, s. 122).

En av hovedutfordringene sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde i forbindelse med overføring av helseinformasjon, var den mangelfulle informasjonen om medikamentene som truet pasientsikkerheten. Det er et stort antall personer i Norge som dør eller skades årlig som følge av blant annet feil i legemiddelrelaterte behandlinger (Ingstad, 2021, s. 139). Det finnes flere årsaker til pasientskader, noe som innebærer blant annet kommunikasjonssvikt mellom profesjoner, uklare ansvarlinjer eller feil i legemiddelhåndteringen (Ingstad, 2021, s. 139; Thoresen, 2020, s. 21). Selv om årsakene til pasientskader gjelder uklare ansvarlinjer og kommunikasjonssvikt, har både leger og sykepleiere et lovpålagt ansvar for å sikre at medikamentopplysningene er korrekte, og virksomhetsleder har ansvar for at rutiner kvalitetssikrer informasjonen om pasientens legemiddelbruk i tjenesten (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, § 3- 4.; Thoresen, 2020, s. 18 + 21). Sykepleiere er også pålagt å varsle lege ved åpenbare feil eller urimelige doseringer av medikamenter (Thoresen, 2020, s. 21). Til tross for dette viste studien vår at det kunne være utfordrende for sykepleierne å oppdage feilene dersom de ikke hadde nok kunnskap om pasientens tidligere medisinske bakgrunn, eller at pasienten var ny i tjenesten. Videre beskrev sykepleierne at den mangelfulle medikamentinformasjonen gjaldt endringer eller seponeringer av legemidler, og at det var behov for mer utfyllende informasjon for å ivareta pasientsikkerheten. I studien til Holdhus et al. (2019) ble det beskrevet et behov for å gjennomføre en legemiddelsamstemming ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten da dette hadde en positiv effekt ved at det reduserte risiko for feil og avvik ved utskrivelse. På en annen side viste vår studie at det kunne være flere leger involvert i medikamentbehandlingen i spesialisthelsetjenesten som økte risikoen for medikamentavvik og svikt i overføring av medikamentinformasjon.

Studien viste til et ønske om et felles journalsystem mellom tjenestenivåene, slik at sykepleierne i hjemmetjenesten kunne få en bedre oversikt over pasienter som var innlagt i

spesialisthelsetjenesten, eller hadde vært i kontakt med akuttmottak, eller polikliniske avdelinger. Helse Midt-Norge har nå innført Helseplattformen, som er et felles journalsystem som dekker spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Målet er å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen og øke pasientsikkerheten (Helseplattformen, 2022). På en annen side har helseplattformen truet pasientsikkerheten på grunn av feil og mangler i systemet, noe som har ført til store økonomiske konsekvenser (Christensen, 2023; Engstrøm, 2023). Selv om vår studie viste til at sykepleierne hadde ulike journalsystemer, men med tilgang til spesialisthelsetjenestens journaler, var det også her beskrevet feil og mangler i journalsystemet som førte til at de ikke fikk den nødvendige helseinformasjonen de hadde behov for. En annen løsning for å bedre overføring av helseinformasjon og ivareta pasientsikkerheten, var at elektroniske meldinger ble innført mellom de ulike tjenestenivåene (Kattel et al., 2020; Moore et al., 2021; Newnham et al., 2017; St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 35-36). Selv om elektroniske meldinger er innført i mange land, viste vår studie at det var utfordringer knyttet til overføring av helseinformasjon, da den var mangelfull og hadde unøyaktige opplysninger om den videre pasientoppfølgingen.

4.2 Ulike perspektiver på hva som var nødvendig helseinformasjon ved overføring av pasienter til hjemmetjenesten

Studien viste til at sykepleierne i hjemmetjenesten formidlet en opplevelse av ulike perspektiver og lite forståelse for hjemmetjenestens ansvarsområde og tjenestetilbud fra sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Dette bidro negativt til overføring av helseinformasjon og påvirket samarbeidet i pasientoverføringen mellom tjenestenivåene. Videre kan dette sees i sammenheng med at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten har forskjellige perspektiver når de vurderer pasientene (Brattheim et al., 2016; Hellesø & Fagermoen, 2010). I en studie av Hellesø og Fagermoen (2010) beskrev de ulike perspektiver ved at sykepleierne i hjemmetjenesten hadde et langsiktig perspektiv i pasientoppfølgingen, i motsetningen til sykepleierne i spesialisthelsetjenesten, som hadde et kortsiktig perspektiv i forhold til diagnose og behandling. Når pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten bør hjemmesituasjonen være tilrettelagt etter pasientens funksjon og med nødvendig medisinsk utstyr, for at sykepleierne i hjemmetjenesten kan ivareta den videre pasientoppfølgingen (Ingstad, 2021, s. 127). I motsetning til dette viste studien vår at sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte at overføring av helseinformasjon om pasientens funksjonsnivå ofte ble undervurdert av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og førte til utfordringer med

tilrettelegging av tjenester i hjemmet før pasienten kom hjem. Dette kan skyldes at helseinformasjonen sykepleierne i spesialisthelsetjenesten skrev om i overføringen hovedsakelig besto av medisinsktekniske detaljer, diagnoser og ulike medisinske tester, slik også andre studier viser (Hellesø & Fagermoen, 2010; Ingstad, 2021, s. 126-127). I motsetning til hva sykepleierne i spesialisthelsetjenesten formidlet av helseinformasjon, viste studien til Hellesø og Fagermoen (2010) at sykepleierne i hjemmetjenesten hadde behov for en helhetlig vurdering av pasientens fysiske, psykiske, medisinske og psykososiale behov.

Samhandlingen mellom tjenestenivåene er en vesentlig faktor som påvirker overføring av helseinformasjon og kommunikasjonen enten positivt eller negativt mellom tjenestenivåene (Ingstad, 2021, s. 126-128). Studien vår viste til at sykepleierne i hjemmetjenesten mente det var viktig å kjenne til hvilket ansvar sykepleierne på tvers av tjenestenivåene hadde, for å kunne samarbeide og samhandle om helseinformasjonen som var viktig for mottakeren. Når ansvaret for pasienter forflyttes mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er det en risiko for at helseinformasjon kan gå tapt, er forsinket eller at mangelfull helseinformasjon kan hindre et sammenhengende pasientforløp (Grimsmo, 2013; Ingstad, 2021, s. 124). I denne studien hadde sykepleierne i de to tjenestenivåene ulike perspektiver på pasientens hjelpebehov og tilrettelegging av tjenester, likevel hadde de et felles ønske om sømløse og trygge pasientoverføringer. Sømløse overganger er en del av det helhetlige pasientforløpet, og innebærer at helseinformasjonen er pasienttilpasset og kommer tidsnok til den som skal ivareta den videre pasientoppfølgingen (Ingstad, 2021, s. 121). Som en del av et helhetlig og sammenhengende pasientforløp mellom de ulike tjenestenivåene, kan god kommunikasjon mellom profesjonene bidra til å redusere utrygghet, feil i behandlingen og øke livskvaliteten både hos pasienter og pårørende (Heyn, 2021, s. 260). I motsetning til dette viser denne studien at uvitenhet om hjemmetjenestens tilbud førte til at sykepleierne og legene i spesialisthelsetjenesten skapte urealistiske forventninger med misvisende informasjon for pasientene, noe som utfordret relasjonen til sykepleierne i hjemmetjenesten. Dersom informasjonen og kommunikasjonen skaper urealistiske forventninger for pasienter, brytes tilliten til den som overtar pasientoppfølgingen og kan i tillegg bryte tilliten til helsetjenestene generelt (Heyn, 2021, s. 18). Videre i studien vår beskrev sykepleierne i hjemmetjenesten at de ulike pasientperspektivene ofte førte til at pasientene ble lovet flere tjenester enn det som var nødvendig, da sykepleierne i spesialisthelsetjenesten ikke stolte på vurderingen til hjemmetjenesten om å tilpasse tjenestene etter pasientens behov. Denne

mistilliten til hjemmetjenesten tyder på at relasjonen må bygges opp på nytt i møte med tidligere eller nye pasienter, dersom den ikke allerede er til stede (Heyn, 2021, s. 19).

4.3 Mangel på nødvendig helseinformasjon medførte ekstra arbeidsbelastning og frustrasjon hos sykepleierne

Studien viser til at mangelfull helseinformasjon i overføringen medførte ekstra arbeidsbelastning for sykepleierne i hjemmetjenesten. En forklaring på ekstra arbeidsbelastning var at det ble et behov for re-kontakt med spesialisthelsetjenesten for å innhente den nødvendige helseinformasjonen. Selv om elektroniske meldinger er ment for å effektivisere helseinformasjon mellom tjenestenivåene, støtter studien til Brattheim et al. (2016) våre funn om at det likevel var behov for flere kommunikasjonskanaler, som re-kontakt via telefon og vurderingsbesøk av pasientene for å innhente den nødvendige helseinformasjonen. Videre i denne studien beskrev sykepleierne i hjemmetjenesten at selv om det var nødvendig å re-kontakte spesialisthelsetjenesten, opplevde de denne kontakten som en unødvendig arbeidsbelastning og noe som kunne vært unngått dersom helseinformasjonen i overføringen hadde inneholdt de nødvendige opplysningene. I tillegg viste studien til at sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte å bli møtt med avvisning og irritasjon da de tok kontakt med spesialisthelsetjenesten for innhenting av helseinformasjon som var mangelfull i overføringen. Dette førte til en opplevelse av dårlig samarbeid mellom tjenestenivåene. Fagerström (2019, s. 110) beskriver at hvis et samarbeid skal være velfungerende er det viktig med aksept for forskjeller og mangfold. Selv om dette er sentralt for å ivareta samarbeidet, beskrev sykepleierne i denne studien at de hadde mottatt negative tilbakemeldinger ved re-kontakt med spesialisthelsetjenesten for innhenting av helseopplysninger de mente var nødvendige for å ivareta den videre pasientoppfølgingen.

Samhandlingsreformen har ført til en mer oppgaveglidning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 55-77). Dette innebærer også at kompetansebehovet har økt i primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 55-77). I en studie som undersøkte kompetansebehovet i hjemmetjenesten ble det klarlagt at sykepleiernes arbeidshverdag var preget av forhold utenfor deres kontroll, som for eksempel tidspres, flere oppgaver og uhensiktsmessige arbeidsfordelinger (Norheim & Thoresen, 2015). Vår studie viste til at den mangelfulle helseinformasjonen påvirket sykepleierne i hjemmetjenesten da ekstrabelastningen med re-kontakt var en tidkrevende prosess, noe som

førte til stress og frustrasjon hos sykepleierne. Vi har funnet lite forskning som vektlegger stress og frustrasjon for sykepleierne i hjemmetjenesten i forbindelse med mangelfull helseinformasjon i overføringen. Men Johansen (2020) beskrev noe om det i en nyhetsartikkel, publisert i sykepleien, ved at sykepleierne i hjemmetjenesten ble frustrerte over hvor mye tid de brukte på administrative oppgaver og det å være et mellomledd mellom fastlege, spesialisthelsetjenesten og spesialiserte team. I studien til Norheim og Thoresen (2015) beskrev de at det var betydelig misnøye blant sykepleierne i hjemmetjenesten i forhold til bruk av deres egen kompetanse, da arbeidshverdagens hovedoppgaver besto av brannslukningsarbeid, fremfor kliniske vurderinger og forebyggende tiltak. Med et økt press på spesialisthelsetjenesten har det medført raskere utskrivelser til primærhelsetjenesten (Glette et al., 2019). Selv om eldre pasientene som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten etter samhandlingsreformen og har et mer komplekst sykdomsbilde (Skogstad & Bergland, 2021), viser studien til Norheim og Thoresen (2015) at det lå en forventning til sykepleierne i hjemmetjenesten om at de hadde både kompetanse og kapasitet til å ivareta pasientene med utfordrende medisinske tilstander.

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1.) er å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet. I studien til Moore (2014) beskrev de at helsetjenestene skulle være tilgjengelig for pasientene og sikre god kvalitet til enhver tid (Moore, 2014). En utfordring ved dette er spesielt i helgene hvor det ofte er lavere bemanning eller at personalet mangler erfaring og kompetanse (Ingstad, 2021, s. 139). Det samme viser vår studie ved at utskrivelser i forbindelse med helg kunne utfordre sykepleierne, da det ble vanskeligere å komme i kontakt med behandlende lege og/eller sykepleier i spesialisthelsetjenesten som kjente til pasienten. Dette førte til frustrasjon for sykepleierne, da manglende helseinformasjon utfordret utøvelsen og kvaliteten av tjenestene.

4.4 Kliniske implikasjoner

4.4.1 AKS sin rolle i overføring av helseinformasjon og den videre pasientoppfølgingen

For å møte fremtidens helse- og omsorgstjenester er det et behov for å øke kompetansen hos sykepleiere, særlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 60). Derfor ble forskriften om masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie utarbeidet og etablert (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 2-5.). Selv om denne utdanningen er ny i Norge, viser

studien til Norheim og Thoresen (2015) at utvikling av avansert klinisk sykepleiere har eksistert i flere tiår i land som blant annet England, USA og Australia. I Norden har Sverige og Finland utdannet AKS i over ti år (Fagerström, 2019, s. 17).

En AKS innehar klinisk kompetanse på et avansert nivå, og utfører en helhetlig vurdering av pasienter, hvor funksjonen kan bidra til å ivareta pasientoppfølgingen og pasientsikkerheten (Fagerström, 2019, s. 89-90). I tillegg har en AKS inngående kunnskap om de vanligste akutte og kroniske sykdommene og kan derfor bidra på et høyere nivå i vurderinger av pasientbehandlinger (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 4.). AKS kan bidra til å sikre et sammenhengende pasientforløp, redusere innleggelses og ivareta overføring av helseinformasjon mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene (Bing- Jonsson, 2019, s. 167-168). Noe som har vist en klar nedgang av reinnleggelses, samt en lavere samfunnsøkonomisk påkjenning, er at AKS med sin spesialistkompetanse innen helhetlige, systematiske og kliniske vurderinger, kan bidra til en faglig forsvarlig oppfølging av de komplekse pasientsituasjonene (Bing-Jonsson, 2019, s. 174-176; Laugaland et al., 2012).

Sykepleierne i studien viste til at det var utfordringer med mangelfull helseinformasjon som truet pasientsikkerheten, spesielt i forhold til manglende informasjon knyttet til medikamenter. Siden en AKS innehar breddekompetanse med utvidet kunnskap om sykdomslære og farmakologi, kan en AKS være en ressurs for hjemmetjenesten i overføringen av helseinformasjon og ivareta den videre pasientoppfølgingen. For å kunne ivareta pasientoppfølgingen er samarbeid mellom tjenestenivåene viktig og innebærer et felles mål hvor kompetansene blir verdsatt (Fagerström, 2019, s. 110). Ferdigheter og kunnskap til den enkelte brukes for å oppnå et kollegialt samarbeid (Fagerström, 2019, s. 110). Sykepleierne i vår studie viste til at den ekstra arbeidsbelastningen med å innhente den nødvendige helseinformasjonen medførte frustrasjon og stress. Dersom en AKS har en sentral rolle i pasientoverføringer med innhenting av helseinformasjon i overføringen, kan det bidra til å lette arbeidsbelastningen for sykepleierne i hjemmetjenesten.

4.5 Studiens styrker og svakheter

Det er viktig at en kritisk vurderer eget arbeid, og studiens styrker og svakheter, da dette gir rom for refleksjon over egen metodeprosess (Aveyard et al., 2021, s.156-157). Siden vi var to

som gjennomførte studien, har det ført til et positivt bidrag for å gjennomføre oppgaven i sin helhet. Det har vært en styrke ved at vi kunne reflektere, diskutere og vurdere hverandre gjennom hele prosessen. En styrke er også at blindingen er ivaretatt, samt de etiske overveielser og hensyn er respektert. En annen styrke var at temaet var praksisnært, da vi begge har lengre arbeidserfaring fra hjemmetjenesten. En svakhet er at vi ikke har erfaring med forskningsarbeid eller arbeid med denne type oppgaver fra tidligere.

En styrke ved denne litteraturstudien var det grundige forarbeidet til datasøkene, og at søkene ble gjennomført systematisk. Det ble i tillegg gjennomført manuelle søk i de inkluderte studienes referanselister («snowball sampling»). Dette for å undersøke om de inneholdt andre studier som ikke ble identifisert ved eget søk, og som kunne besvare denne studiens hensikt. En svakhet ved denne studien var at det kun ble søkt i tre databaser. Dette kan ha ført til at andre relevante studier ikke ble identifisert i søkeprosessen. Det systematiske arbeidet med både emneord og tekstord, samt trunkering, frase og nærhetsoperatorer, styrket kvaliteten på søket (Polit & Beck, 2021, s. 86-96). En svakhet kan likevel være valg av emneord og tekstord, og ved endring eller bruk av flere søkeord kunne dette gitt flere eller andre treff i søket. En styrke er at alle tre søkestrategiene ligger som vedlegg og at søkene kan etterprøves.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene var utarbeidet før screeningsprosessen ble påbegynt og var godt gjennomarbeidet og tydelig. Dette var en styrke, da vi begge hadde identiske kriterier å forholde oss til, i utvelgelsen av studiene. Begrensningen med årstall (2012- 2022) kan ha vært en svakhet, da interessante studier som var publisert før 2012 ble funnet i etterkant av søket og analyseprosessen. På en annen side er de inkluderte studiene publisert av nyere dato som kunne være en styrke for denne studiens resultater. Ved at kriteriene for populasjonen inneholdt kun sykepleiere/AKS i hjemmetjenesten var dette både en styrke og en svakhet. For det første kunne relevant data utebli da vi ikke inkluderte sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten og undersøkte deres opplevelse av overføringen av helseinformasjon, selv om samarbeidet og kommunikasjonen foregikk mellom tjenestenivåene. For det andre var det en styrke at denne studien dekket et kunnskapshull i forskningen ved å kun inkludere sykepleierne i hjemmetjenesten.

Siden vi brukte Rayyan i screeningprosessen, var det en styrke som førte til at vi kunne holde systematikken og bevare blindingen for å ikke påvirke utvelgelsen av studier. Likevel ble noen studier påvirket av vår forforståelse, da de inneholdt interessante temaer, men disse ble

ekskludert etter at vi sammen gjennomgikk datamaterialet og var kritisk til hverandres utvelgelses på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Blindingen ble også bevart under kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene, og ved bruk av CASP-sjekklisten ble studiene vurdert som gjennomgående av god kvalitet. En svakhet med dataekstraksjonen var at egen forforståelse kunne påvirke hvilke data som ble ekstrahert, men at dataekstraksjonen ble gjennomført blindet og uavhengig av hverandre før vi diskuterte dataene sammen, var en styrke. I tillegg ble dataene systematisert i en tabell, deretter fargekodet. Fargekodene ble bevart gjennom både ekstraksjonen og den tematiske analysen. En tematisk analyse er en velegnet analysemetode i gjennomføring av en systematisk litteraturstudie og er en styrke i seg selv. Likevel var det også svakheter i analyseprosessen ved at tolkningen av dataene kunne blitt påvirket av egen forforståelse og ikke analysert godt nok.

Ved at vi begge har lang erfaring fra hjemmetjenesten, førte dette til en forståelse av hva deltakerne i studiene presenterte, men vår egen erfaring kunne også påvirke oss bevisst eller ubevisst i prosessen med studien. Likevel har vi forsøkt å sette til side forforståelsen, og ved at vi var to om denne oppgaven, har vi vært oppmerksomme over hverandres forforståelse når den har vært til stede.

5 Konklusjon

Våre funn var at mangelfull overføring av helseinformasjonen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten skapte utfordringer for sykepleierne i hjemmetjenesten, og hadde et potensiale til å true pasientsikkerheten. Spesielt med tanke på mangelfull informasjon om medikamentene, og at det ikke var beskrevet en plan for den videre pasientoppfølgingen. Dette førte til at sykepleierne i hjemmetjenesten ikke kunne utføre faglig forsvarlige tjenester. Et annet sentralt funn i denne studien var at sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte at samarbeid og samhandling om felles pasient fortsatt var utfordrende og preget helseinformasjonen deretter. Dette ble forklart av sykepleierne i hjemmetjenesten som opplevde at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten hadde et annet perspektiv på pasientens funksjon, samt at de hadde lite forståelse av ansvarsforholdet og hjemmetjenestens tilbud. Studiens tredje hovedfunn var at sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde en ekstra arbeidsbelastning grunnet den mangelfulle helseinformasjonen, dette da det førte til re-kontakt for å innhente de nødvendige helseopplysningene for å ivareta pasienter etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Denne ekstra arbeidsbelastningen ga et økt tidspress på sykepleierne og førte til at de ble stresset og frustrerte.

I klinisk praksis er det et behov for å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestenivåene for å ivareta pasientsikkerheten. Et godt samarbeid og samhandling vil kunne føre til at pasienter opplever bedre koordinerte tjenester, noe som kan gi trygge og sømløse overganger. Dersom helsepersonell tilegner seg kunnskap om hverandres tjenester og arbeidsområder kan helseinformasjonen blir mer tilpasset den videre pasientoppfølgingen på tvers av tjenestenivåene. Dette kan føre til en rekke positive effekter som for eksempel forbedring av planlegging og gjennomføring av utskrivelser, redusere arbeidsbelastningen som gir mindre behov for re-kontakt og redusere tidsbruken på administrative og unødvendige oppgaver. Dette kan i tillegg føre til mindre stress, irritasjon og frustrasjon for sykepleiere i samarbeidet og samhandlingen mellom de to tjenestenivåene.

Denne studien beskriver viktige synspunkter fra sykepleierne i hjemmetjenesten. Men det kan med fordel forskes videre på hvilke helseopplysninger sykepleierne faktisk har behov for i den videre pasientoppfølgingen. I tillegg kan en bredere internasjonal populasjon bidra til nye resultater og tydeliggjøre hvilken rolle sykepleierne i hjemmetjenesten bør ha i samarbeidet og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i overføring av helseinformasjon.

Referanser

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care – A practical guide* (4. utg.). Open University Press.
- Aveyard, H., Payne, S. & Perston, N. (2021). *A post-graduate's guide to doing a literature review - in health and social care* (2. utg.). Open University Press.
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide* (2. utg.). Open University Press.
- Bing-Jonsson, P. C. (2019). Avansert klinisk sykepleie i helse- og omsorgstjenester i kommunene. I L. M. Fagerstöm (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 161-177). Gyldendal Norsk Forlag.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Braithwaite, J., Mannion, R., Matsuyama, Y., Shekelle, P. G., Whittaker, S., Al-Adawi, S., Ludlow, K., James, W., Ting, H. P., Herkes, J., McPherson, E., Churrua, K., Lamprell, G., Ellis, L. A., Boyling, C., Warwick, M., Pomare, C., Nicklin, W. & Hughes, C. F. (2018). The future of health systems to 2030: a roadmap for global progress and sustainability. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(10), 823–831. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy242>
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016), Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26-33. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE publications Ltd.
- Brostigen, A. & Leonardsen, A.-C. L. (2019). Ansvarsforholdet er uklart når pasienter skrives ut. *Sykepleien*, 107(78067), 1-12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78067>

- Cappelen, K. & Rustøen, T. (2021). Forskning i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. I T. Rustøen & A. Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag: Hvordan utvikle god forskning – sentrale elementer* (s. 21-36). Fagbokforlaget.
- CASP. (2023, 09. februar). *Critical Appraisal Skills Programme*. CASP UK. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Christensen, A. R. (2023, 19. april). *Helsetilsynet: Helseplattformen har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2023/04/helsetilsynet-helseplattformen-har-fort-til-okt-risiko-svikt-i-pasientbehandlingen>
- Clarke, S. & Lerdal, A. (2021). Kildekritikk og litteratursøk. I T. Rustøen & A. Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag: Hvordan utvikle god forskning – sentrale elementer* (s. 178-197). Fagbokforlaget.
- Dolu, İ., Naharci, M. İ., Logan, P. A., Paal, P. & Vaismoradi, M. (2021). Transitional ‘hospital to home’ care of older patients: healthcare professionals’ perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 871-880. <https://doi.org/10.1111/scs.12904>
- Ekstedt, M (2021). Å starte et prosjekt med et kvalitativt forskningsdesign. I T. Rustøen & A. Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag: Hvordan utvikle god forskning – sentrale elementer* (s. 85-105). Fagbokforlaget.
- Engstrøm, M. (2023). Helseplattformen – en IT-skandale i Midt-Norge. *Den norske legeforening*, 143(2), 1-3. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0016>
- Fagerstöm, L. M. (2019). Avansert klinisk sykepleie – et begrunnet behov. I L. M. Fagerstöm (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 17-29). Gyldendal Norske Forlag

- Fagerstöm, L. M. (2019). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I L. M. Fagerstöm (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 89-138). Gyldendal Norske Forlag.
- Foged, S., Nørholm, V., Andersen, O. & Petersen, H. V. (2018). Nurses' perspectives on how an e-message system supports cross-sectoral communication in relation to medication administration: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 795-806. <https://doi.org/10.1111/jocn.14109>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=etikk>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie* (FOR-2020-01-03-45). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2020-01-03-45>
- Glette, M. K., Kringeland, T., Røise, O. & Wiig, S. (2019). Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ open*, 9(8), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031297>
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 8(2), 148-155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 2(2), 78-87. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>

Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International journal of integrated care*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>

Helsebiblioteket. (2021, 20. januar). *EMBASE*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/embase>

Helseplattformen. (2022, 11. november). *Forskning og innovasjon*.
<https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/forskning/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hem, E., Kirkevold, M., Friis, S. & Vaglum, P. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Universitetsforlaget.

Heyn, L. G. (2021). Kommunikasjon for fremtidens sykepleiere – nye roller, nye muligheter. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 256-271). Gyldendal Akademisk.

Heyn, L. G. (2021). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal Akademisk.

Holdhus, H., Bøvre, K., Mathiesen, L., Bjelke, B. & Bjerknes, K. (2019). Limited effect of structured medication report as the only intervention at discharge from hospital. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 2019 26(2), 101-105.
<https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2017-001371>

Ingstad, K. (2021). *Organisasjon og ledelse – i helsefag og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Johansen, L. B. (2020, 13. februar). *De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2020/02/de-pasientene-vi-far-na-var-de-som-fikk-behandlingen-pa-sykehuset-tidligere>

- Jones, C. D., Jones, J., Richard, A., Bowles, K., Lahoff, D., Boxer, R. S., Masoudi, F. A., Coleman, E. A. & Wald, H. L. (2017). "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), 1114-1121.
<https://doi.org/10.1007/s11606-017-4104-0>
- Kattel, S., Maning, D. M., Erwin, P. J., Wood, H., Kashiwagi, D. T. & Murad, M. H. (2020). Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of patient safety*, 16(1), 25-33. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000248>
- Kim, Y., Crandall, M. & Byon, H. D. (2022). Discharge Communications for Older Patients Between Hospital Healthcare Providers and Home Healthcare Providers: An Integrative Review. *Sage Journal*, 34(2), 125-132.
<https://doi.org/10.1177/10848223211052031>
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work*, 41(1), 2915-2924.
<https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>
- Lerdal, A. (2009). Å lese forskning. *Sykepleien forskning*, 4(4), 328-330.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2009.0161>
- Melby, L., Hellesø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 131-152). Cappelen Damm Akademisk. <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/71>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

- Moore, A. (2014). Seven-day challenge. *Nursing Standard*, 28(29), 20.
<https://doi.org/10.7748/ns2014.03.28.29.20.s26>
- Moore, J., Prentice, D. & Crawford, J. (2021). Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19-20), 2769-2785.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15789>
- Newnham, H., Barker, A., Ritchie, E., Hitchcock, K., Gibbs, H. & Holton, S. (2017). Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences, satisfaction and comprehension: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), 752-768. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx121>
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2015.53343>
- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I. & Hellzèn, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), 2964-2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – A web and mobile app for systematic reviews. *BMC Part of Springer Nature*, 5(210), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, H. V., Foged, S. & Nørholm, V. (2019). “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 28(9-10), 1999-2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.

PRISMA. (2023, 04. januar). *PRISMA Flow Diagram*. PRISMA: TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/>

Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Fitzpatrick, L., Houdeshell, L., Given, C. & Brooks, K. (2019). Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care. *Geriatric Nursing*, 40(3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.001>

Skogstad, M. K. R. & Bergland, A. (2021). Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 9-28. <http://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>

St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Thoresen, H. (2020). Innledende legemiddellære. I H. Thoresen & T. Simonsen (Red.), *Illustrert farmakologi* (4. utg., s. 17-22). Fagbokforlaget.

Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 11(1), 14-24. <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2016.56496>

Valentine, M. A., Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C. (2015). Measuring Teamwork in Health Care Settings. *Medical care*, 53(4). 16-30. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827feef6>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

[https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=n180DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.++\(2015\).+World+report+on+ageing+and+health.+World+Health+Organization.&ots=uTL4mkPZh5&sig=HcdqPjFaJtTlgWghXbh8w2enpk0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=n180DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.++(2015).+World+report+on+ageing+and+health.+World+Health+Organization.&ots=uTL4mkPZh5&sig=HcdqPjFaJtTlgWghXbh8w2enpk0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrī – En medisinsk lærebok* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg 1:Søkestrategi fra CINAHL:

	Nr. på søk	Søkeordene	Antall treff
Emneord	# 1	(MH "Community Health Nursing")	32 548
	# 2	(MH "Home Health Care")	26 061
Tekstord	# 3	TI ("Home health nurs*") OR AB ("Home health nurs*")	584
	# 4	TI (Home health N1 nurs*) OR AB (Home health N1 nurs*)	2577
	# 5	TI ("Community care nurs*") OR AB ("Community care nurs*")	34
	# 6	TI ("Community health nurs*") OR AB ("Community health nurs*")	1627
	# 7	TI (Community N2 nurs*) OR AB (Community N2 nurs*)	13 884
Emneord	# 8	(MH Patient Discharge")	22 689
	# 9	(MH "Transitional Care")	3307
	# 10	(MH "Continuity of Patient Care")	16 752
	# 11	(MH "Hospital to Home Transition")	77
	# 12	(MH "Transfer, Discharge")	6547
Tekstord	# 13	TI (Information N2 exchang*) OR AB (Information N2 exchang*)	3898
	# 14	TI ("Electronic messag*") OR AB ("Electronic messag*")	173
	# 15	TI (Transition* N2 Care) OR AB (Transition* N2 Care)	7978
	# 16	TI (Discharge N2 information) OR AB (Discharge N2 information)	808
	# 17	TI (Discharge N2 communication*) OR AB (Discharge N2 communication*)	333
	# 18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	67 203
	# 19	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR # 17	55 462
	# 20	#18 AND #19	2492
	# 21	#20, Limit year 2012-2022	1378

Søkestrategi fra EMBASE:

	Nr. på søk	Søkeordene	Antall treff	
Emneord	# 1	Community Health Nursing/	24 087	
	# 2	Home Care/	68 009	
Tekstord	# 3	"Home health nurs*" .tw,kf.	573	
	# 4	Home health adj2 nurs* .tw,kf.	1013	
	# 5	"Community care nurs*" .tw,kf.	39	
	# 6	"Community health nurs*" .tw,kf.	1724	
	# 7	Community adj3 nurs* .tw,kf.	11 713	
	Emneord	# 8	Hospital discharge/	169 298
		# 9	Transitional Care/	4871
# 10		Patient care/	341 208	
Tekstord	# 11	Hospital to Home Transition/	55	
	# 12	Information adj3 exchang* .tw,kf.	11 037	
	# 13	"Electronic messag*" .tw,kf.	427	
	# 14	Transition* adj3 Care .tw,kf.	16 268	
	# 15	Discharge adj3 information .tw,kf.	2501	
	# 16	Discharge adj3 communication* .tw,kf.	797	
	# 17	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	94 918	
	# 18	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	525 818	
	# 19	#17 AND #18	12 369	
	# 20	#19, Limit year 2012-Current	5564	

Søkestrategi fra MEDLINE:

	Nr. på søk	Søkeordene	Antall treff
Emneord	# 1	Community Health Nursing/	19 755
	# 2	Home Care Services/	35 983
Tekstord	# 3	"Home health nurs*" .tw,kf.	481
	# 4	Home health adj2 nurs* .tw,kf.	846
	# 5	"Community care nurs*" .tw,kf.	32
	# 6	"Community health nurs*" .tw,kf.	1635
	# 7	Community adj3 nurs* .tw,kf.	10 299
Emneord	# 8	Patient Discharge/	38 017
	# 9	Transitional Care/	1191
	# 10	Continuity of Patient Care/	20 513
	# 11	Hospital to Home Transition/	32
Tekstord	# 12	Information adj3 exchang* .tw,kf.	9063
	# 13	"Electronic messag*" .tw,kf.	274
	# 14	Transition* adj3 Care .tw,kf.	9717
	# 15	Discharge adj3 information .tw,kf.	1427
	# 16	Discharge adj3 communication* .tw,kf.	468
	# 17	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	58 218
	# 18	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	73 688
	# 19	#17 AND #18	3203
	# 20	#19, Limit year 2012-Current	1080

Vedlegg 2:



Lovisenberg
diakonale høgskole

Beskrivelse av bidrag for Masteroppgave i gruppe

I henhold til læringsplanen, må den enkelte studentens bidrag beskrives dersom masteroppgaven skrives i gruppe. LDH tar utgangspunkt i [Vancouver-kriteriene](#) om medforfatterskap. Signert dokument lastes opp som vedlegg til Masteroppgaven.

Oppgavens tittel	Sykepleiere i hjemmetjenestens beskrivelser av utfordringer med overføring av helseinformasjon - En systematisk litteraturstudie
Innleveringsdato	01.06.2023
Student(er)	Anne Lene Lysenstøen Næss Marthe Bakøy
Veileder	Ådel Bergland

LDHskriterier for samarbeid om masteroppgave er (sett kryss):

Alle parter har hatt et vesentlig bidrag i planlegging og design av prosjektet, eller har deltatt i datainnsamlingen, eller i analyse eller tolkning av data	X
Alle parter har kommet med vesentlige bidrag da oppgaven ble skrevet	X
Alle parter godkjenner at vilkårene er oppfylt	X

Beskrivelse av bidrag/ansvarsfordeling:

Begge to har vært likeverdige bidragsyttere i alle ledd av forskningsprosessen.

Vi bekrefter herved at alle parter har oppfylt kriteriene for medforfatterskap.

Sted: Oslo

Dato: 15.05.23

Signatur student(er):

Anne Lene L. Næss Marthe Bakøy

Veiledererklæring

(må være signert før innlevering av masteroppgaven):

Jeg bekrefter herved at studentenes beskrivelse av bidragene i prosessen med masteroppgaven er i samsvar med min vurdering av bidragene gjennom veiledningsprosessen.

Sted: Oslo

Dato: 15.mai 2023

Signatur:

Ådel Bergland