

Hva tilfører denne artikkelen?

Undersøkelsen viser at samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er preget av ineffektiv kommunikasjon og mangel på helhetstenkning.

Mer om forfatterne

Britt V. Danielsen er rådgiver/Master of Health Science (Nursing), Fagforbundet, Omstillingsenheten og prosjektleder for «trygg overføring» tilknyttet Høgskolen i Bergen,

institutt for Sykepleie. Svanaug Fjær er forskningsleder, Dr.polit. IRIS og veileder ved prosjektet «trygg overføring». Kontaktperson: britt.danielsen@fagforbundet.no



Foto:Enik M. Sundt

Bakgrunn: Det er store utfordringer knyttet til bedring av samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet. Denne studien er et ledd i et utviklingsprosjekt for å belyse kontaktflater og bedre kvaliteten rundt overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Utskrivingsprosessen fra sykehus til kommunehelsetjenesten er en sentral oppgave for sykepleiere på begge tjenestenivå.

Hensikt: Hensikten har vært å identifisere faglige og organisatoriske forhold som er problematiske i forbindelse med overføring av pasien-

ter og gi innspill som kan bedre og sikre samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

Metode: Materialet består av tre fokusgruppeintervjuer av i alt tolv sykepleiere fra Haukeland Universitetssykehus og Bergen kommune, samt supplerende data fra journalgransking av sykepleieopplysninger fra 67 pasienter ved tre sengeposter ved Haukeland Universitetssykehus.

Resultater: Kontaktflaten mellom de to tjenestenivåene framsto som uorganisert når det gjaldt vurdering av pasientens funksjonsnivå, hjelpe-

behov og forventninger til det andre tjenestenivået. På tross av at samhandlingen var strukturert gjennom avtaler, skjedde vurderinger ut fra en delvis løsevet oppfatning om pasientens beste. Sykepleiernes fleksibilitet og faglige skjønn bidro til at overføringen oftest fungerte.

Konklusjon: Kommunikasjonslinjene var ofte ineffektive, og forhandlingene mellom systemene ble tilspisset mot helg. Det er behov for å styrke helhetstenkningen slik at både de administrative, faglige og verdimesige utfordringene for å bedre samhandlingen mellom nivåene utvikles.

» Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune

Forfattere: Britt V. Danielsen,
Svanaug Fjær

NØKKELORD

- Samhandling
- Kommune
- Sykehus
- Eldre
- Fokusgrupper

INTRODUKSJON

Å bedre samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten i helsevesenet blir oppfattet som en stor og viktig oppgave (1–6). Studien som presenteres i denne artikkelen er et ledd i et utviklingsprosjekt for å belyse kontaktflater og bedre kvaliteten rundt overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Prosjektet «trygg overføring» er et samarbeidsprosjekt finansiert av utviklingsmidler fra Høgskolen i Bergen (HiB) og Helse-Bergen HF og er nå tilknyttet Senter for omsorgsforskning Vest (HiB) (7–9). Vi har tatt utgangspunkt i utskrivelse og overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten fordi dette er en sentral oppgave for sykepleiere på begge tjenestenivåer. Artikkelen oppsummerer konkrete erfaringer med hvordan samhandlingen foregår mellom syke-

pleiere på mikronivå i forbindelse med utskrivningen av syke eldre pasienter. På bakgrunn av denne kunnskapen ønsker vi å diskutere innspill som kan bedre og sikre samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

Hensikten med artikkelen er å identifisere faglige og organisatoriske utfordringer som er problematiske i forbindelse med denne overføringen, og bidra til kunnskap om kilder til forbedringer.

TO NIVÅER – TO ORGANISATORISKE KONTEKSTER

Sykehuset og kommunen representerer i sitt møte med syke eldre mennesker to svært ulike organisatoriske systemer. Sykehuset er et midlertidig tilholdssted for pasienter med behov for diagnostisering og behandling, mens kommunen er stedet for permanent opphold og daglig omsorg. Det er i kontaktflaten som etableres mellom de to organisatoriske systemene at samhandlingen skjer. Vi har valgt å legge vekt på de administrative, verdimessige og faglige dimensjonene i vår analyse av kontaktflaten. Dette er dimensjoner som spesielt retter seg mot praksisfeltet og yrkesutøvelsen, og er beskrevet i den organisasjonsteoretiske og organisasjons-sosiologiske litteraturen (10–11).

Litteraturgjennomgang om innovasjoner i helsesektoren gir støtte for en helhetlig innfallsvinkel i studiet av betingelser for god samhandling. Prosessbaserte virksomhetsmodeller med vektlegging på pasientflyt har dominert organisasjonsutviklingen i sykehusene de siste 20 årene. Ramsdal og Ramsdal (12:54–55) peker på at etableringen av behandlingslinjer forutsetter et felles kunnskapsgrunnlag knyttet til medisinske diagnoser, og at man kan organisere arbeidet mellom faggrupper og nivåer basert på dette kunnskapsgrunnlaget. Overgangen mellom sykehus og kommunen representerer i denne sammenheng en utfordring, ikke bare på grunn av ulike organisatoriske og økonomiske forutsetninger, men også på grunn av forskjeller i kunnskapsgrunnlag og arbeidsmåte. Ramsdal og Ramsdal (12) konkluderer derfor med at etablering og utvikling av behandlingslinjer og samhandling på ulike nivåer med krevende faglige vurderinger, betinger bevisste strategier for organisasjonsutvikling. Disse bør også omfatte personalets kompetanse og holdninger til samarbeid. Ansvar, åpenhet, respekt og tillit er beskrevet som grunnleggende verdier for å få til god samhandling (13–14).

Litteraturen beskriver ulike motsetninger mellom dimensjonene vi vektlegger i vår studie Paulsen og Grimsmo (1:52) beskriver de ulike organisatoriske rammene i første- og andrelinjetjenesten som «diagnoseorientert behandlingsregime» i sykehuset og «langtids omsorgsregime» i kommunen. Studien viser at helsepersonell i sykehus er bekymret for mangelfull oppfølging etter utskrivning, mens kommunen opplever press om å gi tilbud som sykehuset hadde forespeilet pasienten ved utskrivning. I dette ligger også tydelige faglige forskjeller mellom en medisinsk modell for sykdomsbehandling (disease management) og den mer praktisk orienterte lokale og hjemmebaserte omsorgen (15). Otterstad (16) peker på oppsplittet behandlingsansvar mellom tjenestenivåene når det gjelder eldre pasienter, der økonomiske insentiver har fått forrang foran faglige vurderinger.

Behovet for å sikre og formalisere samhandling i avtaler har vært tema i alle de sentrale policydokumentene som er lansert de siste årene, og er sentralt i Samhandlingsreformen (1, 17–22). De mest utbredte løsningsmåtene for samhandlingsutfordringene har vært bruk av samarbeidsavtaler og etablering av intermedieæravdelinger. Helse Vest har samhandling som målsetting i sine strategidokumenter (23), og lokalt i Helse Bergen er det inngått formelle samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner (24). Samarbeidsavtalen for somatisk sektor beskriver nokså detaljert både kommunens og sykehusets ansvar og oppgaver ved innleggelse og utskrivelse. Avtalen slår fast at sykehuset skal søke om nye tjenester før de sender melding om utskrivningsklar pasient til kommunen.

Betalingsvarsel kan iverksettes hvis kommunen ikke kan gi passende tilbud og pasienten ikke kan komme hjem (24–25). Vår undersøkelse kan gi et inntrykk av hvordan avtalen fungerer i praksis.

Det er dokumentert i studier både fra Trondheim og Bergen at behandling og pleie av syke eldre på intermedieærnivå i sykehjem gir oppløftende resultater (2–3,6). En intermedieærhet er en høyspesialisert korttids plass i institusjon som fungerer som en skammel mellom ordinær sykehjemsplass og opphold i sykehusavdeling. Samarbeidsprosjektet mellom Ullevål universitetssykehus og sykehjem i Oslo har ført til bedre kvalitet på pasientforløp og færre sykehusinnleggelse (26–28). Overgangen fra sykehus til kommunehelsetjeneste er imidlertid lite studert.

På bakgrunn av den teoretiske litteraturen og empiriske studier finner vi tre sentrale dimensjoner i samhandlingen mellom tjenestenivåene som det er behov for større kunnskap om:

- Den administrative dimensjonen: Hvordan håndterer sykepleierne ulikhetene i praktiske og strukturelle forhold på de to organisasjonsnivåene?
- Den verdimesige dimensjonen: Hvordan balanseres det mellom formelle avtaler, rutiner og skjønnsutøvelse?
- Den faglige dimensjonen: Hva er de kritiske punktene for kvalitetssikring av overgang fra sykehus til kommune?

METODE

Datainnsamlingen foregikk i april 2008. Det ble benyttet to metodiske tilnærminger; fokusgruppeintervjuer og journalgranskning (7–9).

Målsetningen med bruk av

fokusgrupper er å få mer kunnskap om hva som fremmer/hemmer forståelse og kvalitet i tjenestene i overgangen mellom tjenestenivåene. Slike gruppeintervjuer er godt egnet for å få fram oppfatninger av situasjoner fra ulike ståsteder og synliggjøre hva som faktisk skjer i kontaktflatene. Der skjer det en dynamisk interaksjonsprosess som gir rom for å reflektere over egne og andres synspunkter og erfaringer, og prosessen bidrar til kunnskapsutvikling for deltakerne (29–31).

Deltakerne var sykepleiere fra sengeposter, hjemmesykepleie og forvaltningsenhet i kommunen, og ble rekruttert via sine ledere med skriftlig informasjon om prosjektet. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med fire deltakere i hver gruppe, to fra hvert tjenestenivå. Intervjuene varte cirka to timer og fant sted som en samtale mellom deltakerne der moderator hadde noen hovedspørsmål med oppfølgingsspørsmål (semistrukturert intervjuguide). Intervjuene ble tatt opp på diktafon og fullt ut transkribert (verbatimt). Tematisk analyse ble brukt for å identifisere og gruppere temaområder og synspunkter i datamaterialet.

Utvalget besto av i alt tolv deltakere, tre menn og ni kvinner. De fleste hadde lang praksis, den med kortest hadde to år, mens gjennomsnittet hadde i overkant av åtte års praksis. Tre av deltakerne hadde erfaring fra både kommune og sykehus.

Journalgranskningen omfattet sykepleiedata fra 67 pasientjournaler ved tre medisinske sengeposter over en fire ukers periode (32–33). Utvalget var begrenset til døgnpasienter der sykepleiere hadde hatt kontakt med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Etiske aspekter

Det ble gitt skriftlig informasjon om prosjektet samt innhentet informert samtykke fra fokusgruppedeltakerne. Moderator hadde ikke arbeidsmessig eller personlig relasjon til deltakerne, og deltakerne arbeidet ikke sammen til daglig. Journalgranskning ble godkjent av NSD og ble utført av personer som hadde tilgang til data via sitt arbeid. Alle data er anonymisert (32).

FUNN OG RESULTATER

De organisatoriske forskjellene mellom kommune og sykehus fremsto svært likt i alle tre fokusgruppene, mens praktiseringen av samhandling mellom de to nivåene framsto som ganske mangfoldig. Dette viser at det er rom for skjønnsutøvelse i den praktiske virkeligheten, og at det kan være flere måter å drive samhandlingen på.

I analysen trer det fram noen hovedelementer som strukturerer samhandlingen og som kan gi oss innsikt i viktige organisatoriske betingelser for å sikre trygg overføring av syke eldre pasienter til kommunehelsetjenesten.

Organisatoriske og formelle elementer i forhandlingene

De formelle rammene for overføring av pasienter var etablert gjennom samarbeidsavtalen, ordningen med betalingsvarsel, søknadsprosedyrer og epikrise. Søknader til kommunehelsetjenesten ble skrevet ved sykehuset ut fra betingelser som fort ble endret, uten at dette på noen måte var innarbeidet i prosedyrene. I materialet fremgår det at søknader kun unntaksvis ble trukket når pasientens situasjon forandret seg, noe som medførte mye saksbehandling som ansatte i kommunen oppfattet som unød-

vendig. Sykehuset kunne utstede betalingsvarsel når pasienten ble vurdert som utskrivningsklar.

Betalingsvarslene ble brukt strategisk i forhandlinger om pasienten mellom de to nivåene. Sykehuset: «(...) Altså, hvis pasienten får en sykehusinfeksjon etter å ha blitt ferdigbehandlet for lidelsen han kom inn for, så blir du ikke av-ferdigbehandlet ... nei».

Sykehusets vegring mot å trekke søknader førte med seg ekstra saksbehandling i kommunen. Kommunen: «Og det er mange ganger vi får søknader om korttidsopphold fra sykehuset ... Og når vi kontakter dem, nei, det

behov for institusjonsomsorg (8,32). Tilgang på korttids institusjonsplass ble dermed et viktig tema i samhandlingen, sammen med forhandlinger om omfanget av hjelp i den hjemmebaserte omsorgen.

Fokusgruppene viste at vurderinger av pasientens behov for hjelp foregikk som en forhandlings- og avveiningsprosess i kontaktflaten mellom sykehus og kommune. Sykehuset gjorde sine vurderinger innenfor en kort tidshorison, der pasienten både var svært syk og gjerne influert av institusjonaliseringseffekten. Kommunen derimot rettet oppmerksomheten mot mestring

“ Det er i kontaktflaten som etableres mellom de to organisatoriske systemene at samhandlingen skjer.

er ikke reelt lenger (...) Da må vi skrive et avslag basert på at søknaden ble sendt på et tidlig stadium».

Vi fant at kommunen hadde bedre kjennskap til samarbeidsavtalen enn sykehuset og forvaltningsenheten i kommunen brukte den aktivt.

Vurdering av pasientens hjelpebehov ved utreise

Journalgranskningen viste at det skjedde betydelig endringer i pasientens omsorgsbehov i forbindelse med sykehusoppholdet. Av de 67 journalene som ble gransket ved sengepostene i perioden var 13 pasienter innlagt fra institusjon og 37 av pasientene fra hjemmet hadde hjemmesykepleie. Ved utreise ble 44 pasienter utskrevet til hjemmet og 23 pasienter til institusjon, noe som viste et betydelig økt

og funksjonsnivå der utprøving hjemme ble viktigere enn den formelle søknaden om hjelp eller innholdet i epikrisen. Sykehuslegen var involvert i søknadsutformingen og redegjørelse for pasientens medisinske situasjon, mens sykepleierne ga uttrykk for at fastlegen var svært lite involvert i utskrivingsfasen.

Sykepleierne på de to nivåene anerkjente vurderingene fra den andre part, men kommunen måtte i de fleste tilfeller likevel gjøre egne vurderinger. Kommunen: «(...) Altså, mange ganger når vi får søknader for eksempel om korttidsopphold; Kan ikke hjem? Så begynner vi å prøve å finne ut; hva er det pasienten trenger hjelp til? (...) Så kommer kanskje den personen hjem igjen, og hjemmesykepleien går tungt inn. Og så fungerer det, for da er brukeren i sitt eget hjem, har den

stolen og det bordet som han tar seg i. Altså, han har på en måte sitt system.»

Forventninger gir konsekvenser

Det fremkom en betydelig motsetning mellom sykehuset og kommunen med hensyn til at behandlingen skulle skje på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Der sykehuset la vekt på at pasientene skulle få best mulig hjelpetjenester i kommunen, var kommunen tydelig på kravet om forsvarlige tjenester etter LEON-prinsippet. I alle tre fokusgrupper kom det fram synspunkter om at sykehuset har en tendens til å søke hjelpetiltak i en slik grad at det i kommunen ble betegnet som smørbrødlister. Praksis i sykehuset skapte store forventninger blant pasienter og pårørende om å få tilgang på tjenester i kommunen etter utreise.

I materialet fant vi eksempler på hvordan ansvaret for helt nødvendige prioriteringer ble skjøvet over fra sykehuset til kommunen. Sykehuset: «Ja, jeg vil tenke på pasientens beste (...) og da føler jeg det er ditt ansvar å vurdere det. Når det er et tilbud som jeg vet finnes, så søker jeg gjerne på flere ting.»

Kommunen måtte følge strenge krav til saksbehandling, selv i møte med svært idealistiske søknader. Kommunen: «For når det er krysset av på hele smørbrødlisten på fast sykehjemsplass, korttidsopphold, servicebolig, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, (...) Så er det gjerne krysset av på trygghetsalarm, dagsenter, ja, absolutt alt. Og da er det snakk om tid i forhold til skrivearbeid, for da skal du saksbehandle hvert enkelt kryss.»

Det var tydelig at sykepleierne i kommunen opplevde det som

ganske utfordrende å være den som skulle gi negative svar til pasienter med store forventninger om tildeling av hjelpetiltak.

Tilspissing mot helg – Den farlige fredagen

På tross av sykehusets kontinuerlige beredskap er det også en institusjon som har en lavere beredskap i helgene. Det var en utbredt oppfatning blant deltakerne at presset mot helgen har økt betydelig de siste årene. Dette medførte at forhandlingene mellom systemene ble tilspisset mot slutten av uken. Sykehuset: «Den store flaskehalsen er jo pasienttrykket, at du på en måte må skrive ut veldig raskt uten at vi kanskje har fått tid til å ... Og da er fredag en typisk dag der vi må tømme avdelingen for helgen. De som kan greie seg rundt med en rullator, ut med dem (...)»

Kommunen: «Ja, det er noe som har skjedd i løpet av de tolv årene jeg har jobbet her. I begynnelsen hendte det aldri at vi fikk hjem pasienter i helgene. Det var meget spesielt, og da var det som oftest en feil. Og så begynte de å sende ut, det er veldig vanlig nå ...»

Den kortsiktigheten som oppsto med utskrivelser mot helgen var vanskelig å forene med den kommunale organisasjonsmåten. Den tok også i liten grad hensyn til pårørendes engstelse for å ta imot sine syke slektninger.

Ineffektive kommunikasjonslinjer

Telefonkontakt var viktig og omfattende i kontaktflaten mellom tjenestenivåene, og pasientjournalen dokumenterte en del av denne. Journalgranskingen viste et gjennomsnitt på 2,5 telefoner per pasient (variasjon 0–18) (32). De viktigste temaene var avtale om utreise og avklaring av

hjemmesituasjon (43 prosent og 12 prosent). Andre temaer var: økt hjemmesykepleie, søknad om sykehjem, vurderingsbesøk, utskrivningsklar pasient, fått tilbud om sykehjemsplass. Den registrerte kontakten i journalene syntes å representere et minimumstall sammenholdt med materialet fra fokusgruppene. Telefoner hvor sykehuset ikke oppnådde kontakt med pleie- og omsorgstjenesten, ble for eksempel ikke registrert (32).

Mulighetene for en direkte overføring av pasientdokumentasjon, både skriftlig og muntlig per telefon, ble i stor grad hemmet av ineffektive kommunikasjonslinjer. Elektronisk overføring av pasientdata i dette distriktet syntes å ligge langt fram i tid. Samtalen i gruppene viste et ekstremt uoversiktlig og sårbart kommunikasjonsystem. Det ble nevnt eksempel på postgang som hadde tatt over en uke til kommunen og ulik kjennskap og tilgang til telefonnumre for å kunne komme i direkte kontakt med hjemmesykepleien. Sykehuset og kommunen hadde også veldig ulike betingelser i forhold til planleggingshorisont; sykehuset hadde sin 24 timers beredskap mens kommunen hadde kontortider og vaktplaner. I denne sammenheng innebar det at kommunen ikke hadde beredskap etter vanlig kontortid for planlegging av pasientoverføring. I denne ulikheten lå det et sterkt potensial for konflikt, noe som også kom til uttrykk i intervjuene.

Postgangen ut av sykehuset ble betegnet som et stort problem av alle gruppene. Sykehuset: «Postgangen her på huset gjør også at vi må være minst en uke i forkant, så lenge det ikke er noen vanlig postgang.» Moderator: «Så det tar lang tid til byen?»

Sykehus: «Ja, det kan ta mange dager før forvaltningen får de søknadene, altså. Jeg tror jeg har opplevd at det brukte nesten to uker, sant?»

Kommunen på sin side var forundret over hvordan postgangen fungerte ut av sykehuset, slik en av deltakerne uttrykte: «Jeg har anbefalt å poste den posten ute i en sånn rød postkasse. Da får vi den i hende mye tidligere enn hvis den blir sendt i internposten.»

Kommunen hadde til enhver tid åpen tilgang til sengepostene på sykehuset, mens sykehuset derimot strevde med å håndtere at kommunen har begrenset åpningstid. Når det gjelder telefonkontakt mente noen å ha god oversikt over når kommunen var tilgjengelig med kjennskap til nødvendige telefonnumre, mens andre betegnet kommunens telefonnumre som hemmelige. Bergen Legevakt spilte ofte en sentral rolle i å oppspore pasientens tilhørighet i hjemmesykepleien og finne riktig telefonnummer.

DISKUSJON

Fokusgruppene ga et svært variert bilde av hvordan sykepleierne på de to nivåene arbeidet i forhold til de administrative, verdimessige og faglige dimensjonene. Langs den administrative dimensjonen viste fokusgruppene at sykepleierne håndterte ulikheter i praktiske og strukturelle forhold på de to organisasjonsnivåene forskjellig. Materialet er likevel entydig på at tilgjengelighet og kommunikasjon mellom nivåene var for tungvint. Informasjonsutvekslingen rundt pasienten skjedde i stor grad på telefon og gjennom søknader om hjelpetiltak. Sykehuset var i en viss forstand alltid tilgjengelig, mens kommunen ofte var vanskelig

å nå for sykehuset. At dette er konkrete, erfarte utfordringer ble klart uttrykt ved at telefonnumre til kommunen ble beskrevet som «hemmelige», og at ansatte på sykehuset måtte bære søknadsskjemaer rundt for å putte dem i «sånne røde postkasser» for at de skulle komme fram. Prosedyrene tok ikke hensyn til at det var korte sykehusopphold, lang saksbehandlingstid og det faktum at pasientens tilstand endret seg kontinuerlig. Forberedelsen av overgangen fra sykehus til kommune var bare delvis styrt av prosedyrer og avtaler, og hvilte derfor svært mye på de ansattes skjønnsutøvelse og fleksibilitet.

Den faglige dimensjonen viser seg spesielt gjennom at søknader fra sykehuset ofte bygget på et ganske idealisert bilde av hva kommunen kunne tilby. Sykepleierne på begge organisasjonsnivå arbeidet ut fra betingelsene i egen organisasjon, og tok i liten grad hensyn til arbeidsbetingelsene på det andre nivået. At samarbeidsavtalen var best kjent i kommunen, kan være et signal om at denne er best innrettet mot kommunen. De ulike organisatoriske betingelsene i sykehuset og kommunen hadde stor betydning for hvordan behov ble vurdert og hva som ble forventet i møtet mellom de to tjenestenivåene. Sykehusets

” Sykehuset egner seg best for kortvarig opphold og er ikke ment til langtidspleie.

Den verdimessige dimensjonen dreier seg om hvordan det balanseres mellom formelle avtaler, rutiner og skjønnsutøvelse i kontaktflaten mellom sykehus og kommune. I materialet henviste sykepleierne i forvaltningsenheten i større grad enn de andre til saksbehandlingsrutiner, avtaler og forskrifter. Kombinasjonen av stor grad av skjønnsutøvelse og liten grad av helhetstenkning framstår som en utfordring i materialet. Sykehuset trakk ikke søknader selv om de ble uaktuelle. Kommunen utnyttet marginene de hadde for sykehusopphold lengre enn strengt tatt nødvendig. Dette skapte urealistiske forventninger hos pasienter og pårørende, som spesielt sykepleierne i kommunen måtte forholde seg til. Det var de som oftest måtte stå til ansvar og formidle vanskelige beslutninger til pasienter og pårørende.

akuttavdelinger synes lite egnet for syke eldre med sammensatte behov. Det er behov for å styrke helhetstenkingen og etablere mer adekvate behandlings- og omsorgstilbud til den syke eldre pasienten, som for eksempel flere intermedieæravdelinger.

For å utvikle samhandlingen videre er det viktig at helsepersonellet på de to nivåene innarbeider en forståelse av og gis rammer som tar hensyn til at de arbeider innenfor ulike tidshorisonter og ressursbetingelser. Sykehuset egner seg best for kortvarig opphold og er ikke ment til langtidspleie. Kommunen har et mye mer helhetlig ansvar for sine innbyggere og må dermed fordele og avveie ressurser på en annen måte enn sykehuset.

KONKLUSJON

Vi har analysert kontaktflatens utfordringer langs administrative, verdimessige og faglige

dimensjoner. Alle tre dimensjoner gir viktige innspill til å forstå kilder for å sikre trygg overgang for syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Materialet viser til problemer rundt den praktiske kommunikasjonen med sein postgang og dårlige telefonrutiner som kan gi grobunn for risikofylte overganger. Det er sykepleiernes fleksibilitet og gode skjønnsutøvelse som gjør at kom-

munikasjonen likevel fungerer. Den faglige utfordringen ligger i å tilegne seg større forståelse av organisatoriske betingelser på begge nivå og øke oppmerksomheten om betydningen av kunnskapsoverføring om pasientens tilstand og hjelpebehov. Den verdimeslige utfordringen bør være en erkjennelse av at samhandlingen mellom tjenestetnivåene må bygge på gjensidig

respekt og tillit til hverandre med utvikling av et mer forpliktende og gjensidig samarbeid til beste for pasienten.

Vi ønsker spesielt å takke Rune Eidset (Bergen kommune), Anne Kvalheim, Linda Rykkje og Solveig Hansen (Helse-Bergen HF) og Edit Blåsternes (Høgskolen i Bergen) for godt samarbeid i prosjektet.

REFERANSER

1. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrenge eldre. SINTEF, Oslo. 2008. Rapport A7877.
2. Garåsen H. The Trondheim Model: improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients: short and long term effects [doktoravhandling]. Thesis for the degree of doctor medicinae. NTNU, Trondheim. 2008.
3. Garåsen H., Magnussen J, Windspoll R., Johnsen R. Eldre pasienter i sykehus eller i intermedieravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. Medisin og vitenskap. 2008;128:283–285.
4. Norges forskningsråd. Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo. 2007.
5. Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk – og «utskrivningsklar». Tidsskriftet Sykepleien. 2008; 96:34–36.
6. Sletnes K, Forstrøm FA. Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem. Oppdragsrapport for Bergen kommune. Agenda, Høvik. 2009. Rapportnr. R5595.
7. Institutt for Sykepleie. Prosjektplan Trygg overføring fra sykehus. Høgskolen i Bergen, Bergen. 2007.
8. Danielsen BV, Rykkje LLR. Trygg overføring fra sykehus. Poster til Sykepleiekongressen 2008. Høgskolen i Bergen og Haukeland Universitetssykehus, Bergen. 2008.
9. Institutt for Sykepleie. Årsrapport Trygg overføring fra sykehus. Høgskolen i Bergen, Bergen. 2009.
10. Krag Jespersen P. Mellom profesjon og management. Handelshøyskolens Forlag, København. 2005.
11. Røvik KA. Trender og translasjoner: Idéer som former det 21. århundrets organisasjon. Universitetsforlaget, Oslo. 2007.

12. Ramsdal H, Ramsdal K. Organisasjonelle innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer. Høgskolen i Østfold, Halden. 2007. Oppdragsrapport 2007:03.
13. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter. Fagbokforlaget, Bergen. 2006.
14. Eide SB, Grelland HH, Kristiansen A, Sævareid HI, Aasland DG. Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidets etikk. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
15. Lynch WD, Chen CY, Bender I, Edington DV. Documenting participation in an employer-sponsored disease management program: Selection, exclusion, attrition, and active engagement as possible metrics. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2006;48:447–454.
16. Otterstad HK. Skrives ut til kø. Tidsskriftet Sykepleien. 2009;97:64–66.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. Statens forvaltnings-tjeneste, Oslo. 2005. NOU 2005:3.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer. Oslo, Akademika AS Avdeling for offentlige publikasjoner; 2006. St.meld. nr. 25 (2005–2006).
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal Helseplan 2007–2010. Særtrykk av St.prp. nr 1 (2006–2007) kapittel 6. Oslo; 2006.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008–2012. Oslo; 2008.
21. Helsekonferansen – verdas viktigste helseoppgave [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [hentet 2009-05-13] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/template/ver1-0/printAndreNettsteder.jsp?articleId=399354&actionId=8452>.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 2008–2009 Sam-

- handlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo; 2009.
23. Helse Vest. Helse 2020 – Grunnlagsdokument som fundament for føretaksplan og langtidspan. Stavanger, Helse Vest; 2007.
24. Helse Bergen. Samarbeidsavtale mellom kommuner og Helse Bergen HF. Bergen, Helse-Bergen; 2005.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter – iverksettning av endringer i forskriften og endret døgnpris. Oslo; 2002. Rundskriv U-13/2002.
26. Ullevål universitetssykehus. Statusrapport 2007. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus. Ullevål Universitetssykehus, Oslo. 2007.
27. Letnes O. Utrykning – uten blålys. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;95:46–47.
28. Braastad K, Mæhlum A, Jacobsen D. Tilrettelegger for en verdig død. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;95:48–52.
29. Krueger RA, Casey MA. Focus groups, 3rd ed. London: Sage Publications; 2000.
30. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 6. opplag. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2004.
31. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3:172–175.
32. Rykkje LLR. Journalgranskning av sykepleiedokumentasjon ved 3 medisinske sengeposter. Upublisert materiale. Haukeland Universitetssykehus, Bergen. 2008.
33. Bjørvell, C. Sjukskøterskans journalføring: en praktisk håndbok. 2. oppl. Lund: Studentlitteratur; 2001.