

Erfaringer med å forebygge reinnleggelser

Experiences with prevention
of readmissions

Hanne Kristin Slåsletten

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap
Master i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten

2022

Forord

Etter at jeg tok bachelor i sykepleie har jeg alltid visst at jeg ønsket å ta mer utdanning innen sykepleie. Sykepleie er gøy, spennende og et fag som alltid er i utvikling, i tillegg så liker jeg å være student. Litt tilfeldig, og mest for gøy, kom jeg over noen restplasser og søkte. Blant disse utdanningene var Master i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten ved Høgskolen i Innlandet, og som jeg til slutt endte med å takke ja til. Det valget er jeg veldig glad for i dag.

Jeg fikk raskt på plass en avtale med arbeidsgiver, så dette skulle la seg gjennomføre. Jeg vil rette en takk til arbeidsgiverne mine underveis i studiet for at de har tilrettelagt og gitt meg permisjon når jeg har trengt det. Jeg håper at jeg kan få brukt utdanningen og all kunnskapen jeg har tilegnet meg i kommunehelsetjenesten, og at pasientene kan nyttiggjøre seg av å ha en AKS i kommunen.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder på masteroppgaven, Tuva Sandsdalen. Takk for at du har fulgt meg gjennom hele masteroppgaven, tross flere utsettelse fra min side. Alle diskusjoner, tilbakemeldinger og støttende ord har vært uvurderlige. Du har hjulpet meg med motivasjonen når den ikke har vært på topp, men samtidig gitt meg tid og rom når jeg har hatt behov for det. Jeg hadde ikke klart å fullføre dette uten deg.

En stor takk må også rettes til mine medstudenter, Anders Moe Sæter og Kristian Wiik. Takk for et samarbeid med gode refleksjoner og innspill. Studieperioden med dere har vært fantastisk, selv om den ikke ble som vi hadde sett for oss med koronapandemi og mye nettundervisning.

Min mor, Sissel Teigen, fortjener også en takk for pushet, støttet og motivert meg til å fortsette med skolearbeidet. Du stiller alltid opp for meg og er utrolig glad for at jeg har deg.

Hanne Kristin Slåsletten

Vinstra 02.11.2022

Norsk sammendrag

Tittel: Erfaringer med forebygging av reinnleggelser

Problemstilling: Avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter

Bakgrunn: Med et økende antall eldre som reinnlegges i sykehus, er det nødvendig å se på hvilke faktorer som fremmer og hemmer muligheten til å forebygge disse reinnleggelserne. AKS har avansert kompetanse innen helsefremmende og forebyggende sykepleie, og er derfor godt egnet til å utføre slike oppgaver. AKS sin rolle er ikke like godt implementert i Norge, og derfor er det grunnlag for å se på hvordan disse erfarer reinnleggelser hos eldre pasienter i kommunehelsetjenesten

Hensikt: Hensikten med prosjektet er å få kunnskaper om hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å forebygge reinnleggelser av eldre pasienter. Prosjektet har fokus på å se etter hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere har rundt faktorer som fremmer og hemmer muligheten til å forebygge reinnleggelser hos eldre.

Metode: Kvalitative metode med et eksplorativt design ble benyttet. Datainnsamlingen ble foretatt via individuelle dybdeintervjuer hos totalt fire informanter. Systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere innholdet.

Resultat: Resultatene ble fordelt i tre ulike kategorier med to-tre sub-kategorier hver. Første kategori var behov for avansert kompetanse i kommunehelsetjenesten med sub-kategoriene pasienten i fokus, behov for bred og helhetlig kompetanse, og systematisk kartlegging og oppfølging. Kategori to var samhandling med tverrfaglig samarbeid og tett samarbeid med pårørende kommer pasienten til gode. Sist var kategorien organisatoriske forhold i helsevesenet med sub-kategoriene tilgjengelige ressurser og utfordringer med helsevesenets oppbygning.

Nøkkelord: Eldre pasienter, reinnleggelse, avansert klinisk sykepleier

Forkortelser: AKS = Avansert klinisk sykepleier

Engelsk sammendrag (abstract)

Title: Experiences with prevention of readmissions

Thesis question: Advanced clinical nurses' experiences in preventing readmission in elderly patients

Background: with an increasing number of older patients being readmitted to hospital, it is necessary to look at which factors promote and inhibit the possibility of preventing these readmissions. APN has advanced expertise in health-promoting and preventive nursing, and is therefore well suited to carry out such tasks. APN's role is not as well implemented in Norway, and therefore there is a need for looking at how the APNs experiences readmissions in elderly patients in the municipal health service.

Method: The purpose of this project is to gain knowledge about which experiences APNs in the municipal health service have regarding preventing readmissions of elderly patients. The project focuses on looking at what experiences APNs have regarding factors that promote and inhibit the possibility of preventing readmissions in elderly patients.

Result: The result was divided into three different main categories, with two-three sub-categories each. The first category was the need for advanced competence in the municipal health service with the sub-categories the patient I focus, need for broad and comprehensive competence, and systematic mapping and follow-up. Category two was interaction with interdisciplinary collaboration and close collaboration with relatives benefits the patient. Lastly were the category organizational conditions in the health care system with the sub-categories available resources and challenges with the structure of the health care system.

Liste over forkortelser

AKS: Avansert klinisk sykepleier

NSD: Norsk senter for forskningsdata

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Norsk sammendrag	4
Engelsk sammendrag (abstract)	5
Liste over forkortelser	7
Innholdsfortegnelse	8
Liste over tabeller	10
Liste over vedlegg	11
1. Introduksjon	12
1.1 <i>PROBLEMSTILLING</i>	13
1.2 <i>FORSKNINGSSPØRSMÅL</i>	13
1.3 <i>AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER</i>	13
1.4 <i>MASTEROPPGAVENS DISPOSISJON</i>	14
2. Bakgrunn med teoretisk rammeverk	15
2.1 <i>DEN ELDRE PASIENTEN</i>	15
2.2 <i>REINNLEGGELSER</i>	18
2.3 <i>AVANSERT KLINISK SYKEPLEIERS FOREBYGGENDE ROLLE</i>	21
2.4 <i>LITTERATURSØK</i>	23
3. Metode	25
3.1 <i>DESIGN</i>	25
3.2 <i>FORSKERROLLE OG REFLEKSIVITET</i>	25
3.3 <i>UTVALG</i>	26
3.4 <i>DATAINNSAMLING</i>	28
3.5 <i>GJENNOMFØRING</i>	30
3.6 <i>ANALYSE AV DATAMATERIALET</i>	31
3.7 <i>ETISKE OVERVEIELSER</i>	34
3.7.1 Informert samtykke	35
3.7.2 Konfidensialitet	35
4. Resultat	37
4.1 <i>BEHOV FOR AVANSERT KOMPETANSE I KOMMUNEHELSESTJENESTEN</i>	37
4.1.1 Pasienten i fokus	38
4.1.2 Behov for bred og helhetlig kompetanse	39
4.1.3 Systematisk kartlegging og oppfølging	40

4.2	<i>SAMHANDLING</i>	41
4.2.1	Tverrfaglig samarbeid	41
4.2.2	Tett samarbeid med pårørende kommer pasienten til gode	43
4.3	<i>ORGANISATORISKE FORHOLD I HELSETJENESTEN</i>	44
4.3.1	Tilgjengelige ressurser.....	44
4.3.2	Utfordringer med helsevesenets oppbygning	45
5.	Diskusjon	47
5.1	<i>RESULTATDISKUSJON</i>	47
5.1.1	Behov for avansert kompetanse I kommunehelsetjenesten.....	47
5.1.2	Samhandling.....	52
5.1.3	Organisatoriske forhold i helsetjenesten	55
5.2	<i>STUDIENS VALIDITET, RELIABILITET OG OVERFØRBARHET</i>	57
5.2.1	Validitet.....	57
5.2.2	Reliabilitet	59
5.2.3	Overførbarhet.....	61
5.3	<i>IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS</i>	61
5.4	<i>FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING</i>	62
6.	Konklusjon	63
7.	Litteraturliste	65
8.	Vedlegg	71
8.1	<i>VEDLEGG 1: Vurdering NSD</i>	71
8.2	<i>VEDLEGG 2: Vurdering prosjektsluttdato NSD</i>	75
8.3	<i>VEDLEGG 3: Intervjuguide</i>	77
8.4	<i>VEDLEGG 4: Informasjonsskriv</i>	79
8.5	<i>VEDLEGG 5: Samtykkeerklæring</i>	83

Liste over tabeller

TABELL 1: Eksempel på databasesøk

TABELL 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

TABELL 3: Demografisk oversikt

TABELL 4: Eksempel på analyse

TABELL 5: Oversikt over resultat kategorier

Liste over vedlegg

VEDLEGG 1: Godkjenning NSD

VEDLEGG 2: Godkjenning prosjektsluttdato NSD

VEDLEGG 3: Intervjuguide

VEDLEGG 4: Informasjonsskriv

VEDLEGG 5: Samtykkeerklæring

1. Introduksjon

Antall eldre over 65 år har vært i økning de siste årene, og utgjør nå over 16 prosent av Norges befolkning (Folkehelseinstituttet, 2014). Videre er det et antall på 670 00 personer som er over 70 år gamle, men dette er forventet å øke til rundt 1,4 millioner i år 2060. Dette betyr at hver femte person vil være over 70 år i år 2060, mens antallet på personer som er over 90 år vil femdobles (statistisk sentralbyrå, 2020). Pasienter over 67 år sto for mellom 16,8 % av alle reinnleggelsene i norske sykehus i 2012-2019 (Helsedirektoratet, 2019). På bakgrunn av disse tallene er det interessant å se på hva som forebygges, men også bidrar til at eldre reinnlegges i sykehus, og hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere har med dette. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) kom med et fokus på at helsevesenet skulle være i stand til å møte fremtidens helseutfordringer, både i et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Kommunens rolle skulle endres slik at ambisjonene om forebygging og tidlig innsats, og samtidig redusere forbruket av spesialisthelsetjenester. Forutsetningen var at med kommunens tilbud og de samhandlingsopplegg som skulle etableres, kunne sykehusinnleggelser og reinnleggelser reduseres. Det er i denne sammenhengen at avansert klinisk sykepleiere før ble nevnt som en del av denne løsningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Det ble i 2011 startet opp masterutdanning i avansert klinisk sykepleie i Norge. Antall utdanningsinstitusjoner som tilbyr denne utdanningen har økt, og i dag er det flere som er ferdig utdannet. Disse jobber i dag blant annet i hjemmesykepleien, på legekontor og i tverrfaglige innsatsteam i kommunen (Helsedirektoratet, 2021). Gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) er forebygging av sykdom en lovpålagt oppgave, hvor lovens formål er særlig å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjon. AKSere har en utvidet kunnskapsbase og ferdigheter som gir en generalistkompetanse (Fagerström, 2019), i tillegg gir utdanningen et bredere spekter av verktøy i helsefremmende og forebyggende arbeid (Tøien, 2019).

Med bakgrunn AKS' sin kompetanse og forskning utført i andre land, gir dette oss et grunnlag for å forske på AKS' sine unike erfaringer rundt reinnleggelser også i Norge. I arbeidssammenheng i kommunehelsetjenesten har jeg selv erfart at eldre, både i langtids- og korttidsavdelinger, ender opp med å bli det som i betegnes som svingdørspasienter. Mine

erfaringer er at dette fører til unødvendige påkjenninger hos pasientene, men at det bør være mulig å forebygge dette på en strukturert måte. Hensikten med prosjektet er å få kunnskaper om hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å forebygge reinnleggelser av eldre pasienter. Prosjektet har fokus på å se etter hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere har rundt faktorer som fremmer og hemmer muligheten til å forebygge reinnleggelser hos eldre. Ved å belyse disse faktorene som blir erfart å påvirke arbeidet med å forebygge reinnleggelser, kan en få mulighet til å endre praksis og dermed forebygge hemmende faktorer. Dette kan bidra i arbeidet med å redusere antall reinnleggelser hos eldre pasienter i kommunehelsetjenesten.

1.1 PROBLEMSTILLING

Hvilke erfaringer har avansert klinisk sykepleiere med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter?

1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL

1. Hvilke faktorer erfares som fremmende i arbeidet med å forebygge reinnleggelser hos eldre?
2. Hvilke faktorer erfares som hemmende ved forebygging av reinnleggelser hos eldre?

1.3 AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER

Jeg vil presisere at dette prosjektet fokuserer på å belyse erfaringer rundt forebygging av reinnleggelser av eldre pasienter i kommunehelsetjenesten. Hvilke erfaringer har avansert kliniske sykepleiere som arbeider i kommunehelsetjenesten med fremmende og hemmende rundt forebyggende arbeid? Pasientgruppen som det fokuseres på er eldre pasienter, det vil si pasienter som er 65 år eller eldre (Folkehelseinstituttet, 2014). All inkludert forskning omhandler personer over 65 år.

1.4 MASTEROPPGAVENS DISPOSISJON

I kapittel 1 har en introduksjon om temaet blitt belyst, sammen med prosjektets problemstilling og forskningsspørsmål. Videre i kapittel 2 vil teori og tidligere forskning som er relevant for prosjektets tema bli presentert. I kapittel 3 beskrives prosjektets metode og forskningsdesign. I kapittel 3 har jeg besluttet å endre rekkefølgen på avsnittene, slik at forskerrolle og refleksivitet kommer etter design, men datainnsamling og gjennomføring er samlet senere i kapitlet. Dette for å få en bedre flyt og logikk i rekkefølgen, som bør gjøre det enklere for leseren å se sammenhengen i stoffet. Funnene som fremkom i dette forskningsprosjektet presenteres i kapittel 4, og følges av resultat- og metodediskusjon i kapittel 5 med refleksjoner rundt implikasjoner for praksisfeltet samt forslag til videre forskning. Avslutningsvis kommer en konklusjon som oppsummerer studiens funn i kapittel 6. Relevante vedlegg som det henvises til i teksten, kan sees sist i oppgaven.

2. Bakgrunn med teoretisk rammeverk

Den teoretiske referanserammen omfatter modeller, teorier, begreper, definisjoner og forskningstradisjoner om aktuelle temaer rundt problemstillingen. Dette brukes som et grunnlag når en forsker skal forstå meningen og strukturere sine tolkninger, samtidig som det hjelper en til å forstå de empiriske dataene i en større sammenheng. Det skal også hjelpe leseren til å forstå bakgrunnen for problemstillingen og funnene som kommer av forskningen (Malterud 2017). Her vil jeg presentere ulike elementer og nyanser som er relevante og viktige for problemstillingen i dette forskningsprosjektet: Den eldre pasienten, reinnleggelser og avansert klinisk sykepleieres forebyggende rolle.

2.1 DEN ELDRE PASIENTEN

Eldre defineres som personer som er 65 år eller eldre (Folkehelseinstituttet, 2014). Kommunen er lovpålagt å sørge for at de som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, uansett årsak (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). De fleste mennesker ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, og flere ønsker også å få dø i eget hjem (Smebye, 2022). I 2021 var det 109 853 personer over 67 år som mottok helsetjenester i hjemmet (Statistisk sentralbyrå, 2022), og fra 2012 er det også sett en økning i bruk av korttidsopphold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I kommunehelsetjenestesteden finnes det pasienter med ulik alder, forskjellige diagnoser og som har varierende funksjonsnivå. De vil ofte ha store og sammensatte behov hvor symptomer og ulike faktorer spiller inn (Smebye, 2022). En påstand som også har oppstått sammen med innføringen av Samhandlingsreformen, er at forskyvningen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, har gitt kommunehelsetjenesten nye pasientgrupper som er mer faglig krevende og har mer komplekse medisinske og psykososiale behov (Smebye, 2022). Eldres behov for hjemmesykepleie varierer fra hjelp til enkle gjøremål til behov for avansert helsehjelp som involverer sykepleie og tverrfaglig samarbeid. Dagens hjemmetjeneste har som hovedmål å dekke de mest nødvendige grunnleggende behov, og ser ut til å være mer rettet mot å behandle sykdom fremfor å fremme helse og uavhengighet (Fermann og Næss, 2014).

Den skrøpelige, den multisyke og den funksjonssvekkede er beskrivelser av kliniske tilstander hos eldre som er beslektet og som ofte opptrer samtidig. Når alle disse tre tilstandene opptrer

samtidig, betegnes den eldre som en geriatrisk pasient (Ranhoff, 2014). Den geriatriske pasienten kjennetegnes ikke i hovedsak ikke for sin alder, men for kompleksiteten i helseproblemet (Wyller, 2015). Det å være multisyk vil si å ha to eller flere kroniske sykdommer samtidig (Ranhoff 2014), og dette gir et komplekst helsebilde hvor det kreves at en forstår helheten i pasientens situasjon. Multisykdom fører også ofte med seg polyfarmasi (Smebye, 2022). Polyfarmasi har ikke en entydig definisjon, men kan knyttes til bruk av flere enn fem faste legemidler per dag. Det er kombinasjonen av mange legemidler som representerer et potensielt problem, og som gir stor fare for bivirkninger hos den eldre (Wyller, 2015). Tidligere forskning viser at bruk av fire eller flere medikamenter samtidig, spesielt ved bruk av opioider, antikolinergika og antihistaminer, doblet sjansen for reinnleggelse innen 30 dager (Shapiro et. al., 2017). Fastleger og sykehjemsleger har et forskriftsfestet ansvar for å utføre regelmessig legemiddelgjennomgang. Legemiddelgjennomgang er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk, samt forebygge pasientskader (Statens legemiddelverk, 2016). Et stort medisinforbruk kan kamuflere symptomer og komplisere vurderingen av helsetilstanden (Smebye, 2022). Dette i seg selv utgjør en risikofaktor for reinnleggelse, medikamentene i seg selv som utgjør en stor fare for bivirkninger, men også når de kan kamuflere symptomer og vanskeliggjøre helsevurdering av pasienten.

Evnen til å klare seg selv som gammel er avhengig av flere ulike faktorer, for eksempel redusert fysisk funksjon/muskelfunksjon, svekket immunsystem, sviktende sanser og kognitiv kapasitet, ernæringsproblemer og manglende sosialt nettverk (Dahl & Grov, 2014). Blant personer over 65 år, bor 35 prosent av disse alene (Statistisk sentralbyrå, 2019). Kombinasjoner av disse endringene utvikler seg etter hvert til en kumulativ svakhet, i tillegg til alder og skrøpelighet som er de to viktigste prediktorene for redusert funksjonsnivå, sykkelighet og dødelighet. Utfordringen for sykepleiere hos disse pasientene vil derfor være å identifisere risikofaktorer, samt å få tak i hva de selv angir som viktig for seg (Dahl & Grov, 2014). I Norge har det blitt utviklet ulike verktøy for å strukturere innhenting av slik informasjon fra pasientene. Min livshistorie er en samtaleguide for helse- og omsorgspersonell. Målet med dette verktøyet er å kartlegge personens livshistorie, verdier, interesser og nettverk – og ikke minst hva som er viktig for personen selv (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021). Også i individuell plan, som er et lovpålagt tilbud til personer med behov for langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1), skal pasient involveres i valg og vurderinger slik at de har

mulighet til å påvirke utformingen av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2018). En individuell plan skal blant annet inneholde en oversikt over pasientens mål og ressurser, samt en oversikt over hva pasient og eventuelt pårørende vil bidra med (Helsedirektoratet, 2018).

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) er det pasienter som har størst sannsynlighet for å reinnlegges i sykehus er pasienter med kols, astma eller hjertesvikt. Eldre > 70 år med en av disse diagnosene sto for til sammen 57 194 sykehusinnleggelser bare i 2021 i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2022). De med lavest sannsynlighet for reinnleggelse var de som var lagt inn med bruddskader. Tidligere studier på å identifisere risikofaktorer for innleggelse hos eldre pasienter har gitt forskjellige funn, men flere av studiene har konkludert med at en tidligere sykehusinnleggelse øker risikoen for reinnleggelse (Gjertsen, Brønnick & Testad, 2018). Det også ekstra viktig å være oppmerksom på risikoen for reinnleggelse ved utskrivelse dersom pasienten har vært innlagt lenge (Lorentzen, Larsby, Bugge & Lindekleiv, 2020). Studien til Lyon et. al. (2007) fastslår at det ni forskjellige risikofaktorer som hver enkelt var assosiert med ikke-planlagte sykehusinnleggelser hos eldre personer: mannlig kjønn, historikk med fall siste 12 måneder, iskemisk hjertesykdom, respiratorisk sykdom, atrieflimmer, kreft, leggsår og de som bodde alene uten hjelp samt hadde vansker med mobilisering. Samtidig er det gjennomført få studier som ser på Eldres erfaringer med reinnleggelser (Pedersen et. al., 2018). Denne studien viste at eldre menn opplevde blant annet det opplevdes som utfordrende å leve med sykdom og behov for behandling, selve sykehusoppholdet og helsestatus ved utskrivelsen kunne erfares som negativt dersom helseproblemer og informasjon var uavklart. Samtidig erfarte de at det var dårlig samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Pedersen, Mark & Uhrenfeldt, 2018).

Ett annet funn i studien til Pedersen et. al., var at støtte fra familie og venner var spesielt viktig i rehabiliteringsfasen (2018). Ut fra Antonovsky sin tenkning om salutogenese, er det viktig å vektlegge pårørendes medvirkning fordi de kan hjelpe pasienten å ha fokus på det som gjør livet bra selv når sykdom rammer, og hjelpe dem i å finne måter å håndtere plager på. Derfor er det viktig at helsepersonell har fokus på å se etter pasientens og dens nettverk sine ressurser (Bøckmann & Kjellevold, 2015). Ved utredning av behov for helsehjelp hos eldre, kan det være nødvendig å innhente opplysninger fra pasientens pårørende (Helsedirektoratet, 2017). Pårørende er gitt rettigheter og oppgaver i flere av de gjeldende helselovene, og dette er noe helsepersonell må være opplyst om. Utgangspunktet for den rettslige reguleringen er at pårørende skal være med å bidra til å ivareta pasientens interesser ved behov for helsehjelp.

Den gir også helsepersonell mulighet til å samarbeide med pårørende om helsehjelpen som gis (Bøckmann & Kjellevold, 2015). I følge pasient- og brukerrettighetsloven er det pasienten selv som oppgir hvem den ønsker at skal være sin nærmeste pårørende, eller den personen som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten dersom pasienten ikke er i stand til å oppgi en nærmeste pårørende selv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Pårørende er ofte de som kjenner pasienten best, og kan ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om pasientens sykdomshistorie og hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2017), og kan også si noe om hvordan den har respondert på tidligere behandling og helsetiltak (Bøckmann og Kjellevold, 2015). Et annet viktig aspekt som er viktig å ta med i vurderingen, er at mange pårørende er selv eldre, og har kanskje egne helseutfordringer. Pårørende går også gjennom flere psykologiske prosesser ved håndtering av alvorlig sykdom: Gjenkjennelse og bekymring, benekting (dersom diagnose stilles), ambivalens med emosjonelt kaos, mestring, modning og adskillelse (ved institusjonalisering). Ved å gjenkjenne hvilken psykologisk prosess pårørende befinner seg i, kan en som helsepersonell tilpasse sin støtte, omsorg og funksjon etter dette behovet (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

I dette kapitlet har den eldre pasienten blitt definert med sine kjennetegn og utfordringer. For å forstå kompleksiteten, med multisykdom og polyfarmasi, rundt de eldre pasientene har informasjon og statistikk om kommunens helsetjenester til eldre blitt rede gjort for. I tillegg er tidligere forskning som synliggjør pasientens erfaringer med reinnleggelser, og andre både fremmende og hemmende faktorer som har vært funn tidligere. De eldres pårørende har også blitt presentert, da de er en viktig bidragsyter både for pasienten, men også for helsepersonellet.

2.2 REINNLEGGELSER

Helsedirektoratet definerer en reinnleggelse som en akutt sykehusinnleggelse uansett årsak mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning fra et sykehus (2019). Eldre over 67 år sto for 16,8 % av alle reinnleggelser i norske sykehus i 2019. Dette er en svak, men likevel en markant økning fra 2013 (Helsedirektoratet 2019). Det er viktig å påpeke at reinnleggelse kan være uttrykk for brukerstyrte plasser hvor pasienten selv bestemmer når den ønsker å innlegges, men det kan også reflektere svakheter og mangler i de tjenestene som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Regjeringens ønske med samhandlingsreformen er å sikre framtidige helse- og omsorgstjenester og at disse skal svare på pasientens behov for koordinerte tjenester, samt de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Videre er det beskrevet fem hovedgrep som skal bidra til å svare på disse utfordringene: Klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. Dette har ført til at det nå er kommunen som er ansvarlig for pasienten så fort den meldes utskrivningsklar fra sykehuset, og blir dermed den som betaler fra dette tidspunktet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) En hypotese rundt denne betalingsordningen kan være at det vil forekomme økt antall reinnleggelser som en følge av at pasientene skrives ut tidligere og liggetiden på sykehuset reduseres (Melberg & Hagen, 2016). Det oppgis at i arbeidet med samhandlingsreformen, fremkommer empiri som indikerer at kommunale tilbud i begrenset grad forklarer bruken av spesialisthelsetjenester. Samhandlingsreformen legger likevel opp til at kommunens tilbud og samhandlingsopplegg skal kunne redusere antall reinnleggelser (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2009). I følge studien til Hagen m.fl. (2016) kan en se en signifikant økning av reinnleggelser hos pasienter som er meldt utskrivningsklare, men at det likevel er vanskelig å si om dette skyldes innføring av Samhandlingsreformen eller endring i pasientgruppen og hvordan pasienter klassifiseres på sykehus. I følge St.Meld.15 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) kunne faktorer som geografiske forskjeller, kommunens størrelse og avstand til nærmeste sykehus ha betydning for antall reinnleggelser. Sosiale forskjeller, sivilstatus og evne til egenomsorg kan også ha noe å si for hvor stor sannsynligheten er for reinnleggelse.

Lorentzen et. al. sin studie forteller oss at det er tre hovedgrunner til at pasienter reinnlegges i sykehus, og at en reinnleggelse kan skyldes én av disse alene eller eventuelt som en kombinasjon. Pasienter kan for det første bli reinnlagt grunnet ny akutt sykdom eller akutt forverrelse av kronisk sykdom. De kan bli reinnlagt fordi helsetilstanden ikke ble godt nok utredet eller håndtert ved første sykehusinnleggelse, og for det tredje kan det skyldes at pasienten ikke får ett tilstrekkelig helsetilbud etter utskrivelsen (2020). Spesielt kan dette være vanskelig for pasienter med mange diagnoser og som har en komplisert legemiddelbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). For å sikre et godt utgangspunkt for oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehus, er det avgjørende at det er god informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten da dette vil være med å hindre unødvendige

reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2019). Det bør også legges til rette for tidlig planlegging for utskrivelse og overføring mellom tjenestenivåene, og at dette bør gjøres i samråd med pasient og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det har vært påpekt at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og at mange eldre og deres pårørende opplever manglende kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestetilbudene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette til tross for at et av hovedformålene med Samhandlingsreformen var å understøtte helheten i tjenestesystemene og gi de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Et annet aspekt ved reinnleggelser, er den økonomiske delen. I en rapport fra helsedirektoratet kan en se at kostandene til spesialisthelsetjenesten i Norge utgjorde totalt 151,6 mrd. kroner i 2019, og kostandene har siden 2008 økt med hele 69 %. Rapporten påpeker også at det har vært en vekst i antall eldre som bruker somatiske spesialisthelsetjenester siden 2008 (Helsedirektoratet, 2020). Samhandlingsreformen argumenterer for at selv om økt kommunal innsats på forebygging isolert sett vil medføre økte kostander for kommunen, kan gevinsten delvis komme ved at spesialisthelsetjenesten sparer i form av reduserte sykehusinnleggelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tidligere forskning viser også at det å forebygge reinnleggelser kan redusere økonomisk utgifter. Kostnadene knyttet til helsehjelp hos kontrollgruppen var dobbelt så høy som hos intervensjonsgruppen i studien til Naylor et. al. (1999). Dette sier oss noe om at det er samfunnsøkonomisk å forebygge reinnleggelser, og at det er et grunnlag for å forske mer innen dette feltet. Løsningen til Samhandlingsreformen på dette problemet er at kostandene skal spares ved at pasientene får behandling på rett nivå, altså at det skal være større fokus på forebygging og behandling på kommunalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

For å bedre forstå problemer med reinnleggelser, er det blitt presentert for leseren statistikk for reinnleggelser, fått ett innblikk i hvilke pasienter som blir reinnlagt og helsevesenets oppbygning etter Samhandlingsreformen. Videre er funn rundt tidligere forskning på reinnleggelser presentert, sammen med risikofaktorer for reinnleggelser hos eldre pasienter.

2.3 AVANSERT KLINISK SYKEPLEIERS FOREBYGGENDE ROLLE

Sykepleiere er de som gir deg helsehjelp gjennom alle livets stadier, fra akutte og kritiske situasjoner til stabile og mer forutsigbare situasjoner. En sykepleier arbeider som oftest tverrfaglig sammen med andre helseprofesjoner og på mange ulike arenaer, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykepleie er en treårig bachelorutdanning som etter bestått utdanning gir den enkelte autorisasjon som sykepleier (Holter, 2015). Sykepleiere arbeider ut fra fastsatte yrkesetiske retningslinjer. Disse ble først vedtatt av International Council of Nurses (ICN) i 1953. Disse retningslinjene skal sikre god og etisk sykepleie til alle mennesker og bygger på respekten for menneskerettighetene, samt sykepleiens fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre helse (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Ut fra dette er det vedtatt fire hovedelementer som trekker opp normene for etisk forsvarlig holdning og handling innen sykepleie:

1. *Sykepleierne og mennesket*: Det profesjonelle ansvaret for mennesker som trenger helsehjelp, vise respekt og gi god informasjon ovenfor de som trenger helsehjelp
2. *Sykepleierne og sykepleiepraksis*: Det personlige ansvaret for sin praksis, samt opprettholdelse av egen kompetanse men også kjenner sine grenser i forhold til å påta og delegere ansvar.
3. *Sykepleierne og profesjonen*: Ansvaret med å fastsette og innføre akseptable normer for klinisk praksis, ledelse, forskning og utdanning, samt etablere og opprettholde gode arbeidsvilkår
4. *Sykepleierne og medarbeidere*: Aktivt samarbeid med kollegaer i sykepleien og andre arbeidsfelt.

(Norsk sykepleierforbund, 2007).

Avansert klinisk (allmenn)sykepleie styres gjennom forskrift om nasjonal retningslinje i masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, og vil etter bestått utdanning gi mulighet til å søke spesialistgodkjenning (Helsedirektoratet, 2020). Definisjonen av avansert klinisk sykepleie tar utgangspunkt i sykepleierens grunnleggende funksjoner og ansvar, og som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå i kompleks beslutningstaking. Denne utvidede

kompetansen og ferdigheter gir en generalistkompetanse, noe som innebærer at AKS kan ta over noen oppgaver som tradisjonelt har vært legens ansvar. AKS har et større og utvidet individuelt ansvar for pasientens pleie, omsorg og behandling, men er også opptatt av pasientens pårørende og familie (Fagerström, 2019). Den nordiske modellen for avansert klinisk sykepleie består av åtte kjernekompetanseområder som beskriver hva avansert klinisk sykepleie innebærer: pasientnær klinisk arbeid, etisk beslutningstagning, coaching og veiledning, konsultasjon, samarbeid, case management, forskning, utvikling og ledelse. Under kompetanseområdet pasientnær klinisk arbeid trekkes det som omhandler helsefremming og forebygging av sykdom, samt vurdering, pleie og behandling av pasientens sykdom frem (Fagerström, 2019). Denne utvidede kompetansen gir AKS et bredere spekter av verktøy i helsefremmende og forebyggende arbeid enn andre sykepleiere (Tøien, 2019). Flere studier har påpekt at riktig og høy nok kompetanse er fremmende faktor for å kunne forebygge reinnleggelser. Studiene til Naylor et. al. (1999) og Smith, Pan & Novelli (2015) viser at AKS' kompetansenivå avgjørende for å hindre reinnleggelser hos eldre pasienter, mens i studien til Lembeck et. al. så en at det ikke var tilstrekkelig med oppfølging fra sykepleiere med grunnutdanning etter utskrivelse fra sykehus (2019). Flere sykehusleger erfarte også at en faktor for om eldre pasienter ble reinnlagt var kommunens tilgjengelige kompetanse, og at denne kompetansen ikke samsvarte med de kompliserte oppgavene som primærhelsetjenesten sto overfor (Glette, Kringeland, Røise & Wiig., 2022). AKS har en unik kompetanse til å identifisere risiko og tidlige sykdomsuttrykk og med avansert kunnskap om sykdomslære og farmakologi samt systematisk klinisk undersøkelse. Dette gir et godt utgangspunkt for kunne iverksette forebyggende tiltak, ofte i samarbeid med behandlende lege. AKS har også god kompetanse på å kunne støtte pasientene i gjennomføringen av disse tiltakene (Tøien, 2019).

Jo eldre vi blir vil forekomsten av sykdom også øke. Sykdom påvirker menneskers funksjon og livskvalitet på en negativ måte, og sykdomsforebyggende strategier er derfor sentrale for å fremme helse hos de eldre (Tøien, 2019). I AKS' funksjonsområde som er beskrevet av Fagerström oppgis det at profesjonelle helsearbeidere anvender patogenese, som vil si den biomedisinske kunnskapen om årsakssammenhenger mellom risikofaktorer og sykdom (Tøien, 2019). Et annet perspektiv som ikke er beskrevet av Fagerström, er salutogenese, men det påpekes likevel at en AKS må etterstrebe å forstå balansegangen mellom salutogenese og patogenese (Fagerström, 2019). Salutogenesen retter oppmerksomheten mot faktorer som ser ut til å fremme bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet og får oss til å fremme en teori om mestring. I grunnlaget av salutogenese ligger begrepet «sense of coherence» eller

opplevelse av sammenheng, som igjen bygger på tre komponenter: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Så selv om AKS bør ha grunnleggende kunnskap om patogenese og være i stand til å svare på spørsmål om sykdom, er det likevel viktig å fokusere på personens egen helsestrategi. Slik kan AKS hjelpe pasienten til å se sine ressurser, samt hva AKS kan gjøre for å støtte og fremme pasientens helseprosesser (Fagerström, 2019).

Her har jeg valgt å gå bredt ut med å gi ett lite innblikk i hva sykepleie og hva avansert klinisk sykepleie er for noe, og hvilke føringer som styrende for AKS og sykepleieutøvelse. Videre jeg har gått mer i dybden på hvilken kompetanse en AKS innehar, og mer spesifikt deres forebyggende rolle. Den sier oss noe om hvilke muligheter AKS har til å forebygge reinnleggelser hos eldre.

2.4 LITTERATURSØK

Søk etter forskningsartikler ble utført i september 2020. Søk etter forskningsartikler hadde utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er oppgitt i tabell 1.

Inkluderingskriterier	Ekskluderingskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter over 65 år - Kommunehelsetjenesten - Reinnleggelser - Avansert klinisk sykepleier eller tilsvarende 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter under 65 år - Spesialisthelsetjenesten - Førstegangs innleggelser - Andre grupper av helsepersonell

TABELL 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ble først utført et oversiktssøk Google Scholar og Oria for å få en oversikt over hva som fantes av artikler på det aktuelle temaet. Videre ble det utført systematisk søk i ulike databaser som AgeLine, CINAHL og PubMed. Søkeordene som ble brukt var advance practise nurse, advances practice nursing, nurse practitioner, rehospitalization, readmission prevention, readmissions, elderly og geriatric. Eksempel på søk i database kan sees i tabell 2. Søkeordene ble kombinert med OR for å sikre at all relevant forskning ble inkludert, men likevel ble søket avgrenset ved bruk av AND. Det ble utført supplerende søk i artiklens litteraturlister. Tross

studiens oppgitte eksklusjonskriterier, ble noen forskningsartikler likevel inkludert grunnet relevans temaet, det var blant annet studier som var utført på andre helsepersonellgrupper enn AKS og studier utført i spesialisthelsetjenesten. Det ble også utført søk i for å finne relevante dokumenter og føringer for å underbygge denne studiens litterære rammeverk og diskusjon.. Dette var blant annet stortingsmeldinger, offentlige rapporter og statistikker, lovverk og annen faglitteratur.

Søkekombinasjon	Antall totaltreff
advanced practice nurse OR advanced practice nursing OR nurse practitioners AND rehospitalization OR readmission prevention AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric	82

TABELL 2: Eksempel på databasesøk

3. Metode

3.1 DESIGN

Kvalitativ forskning er spesielt egnet til å forstå den menneskelige opplevelsen slik den er levd gjennom innsamling og analyse av data som er subjektive og fortellende. Dataene legger vekt på menneskets iboende kompleksitet, samt deres evne til å forme og skape sine egne erfaringer med ideen om at sannheten er en sammensetning av virkeligheter (Polit & Beck, 2021). Problemstillingen i denne oppgaven tar utgangspunkt i avansert klinisk sykepleieres erfaringer, og det vil derfor være korrekt å velge en kvalitativ metode. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2017). Videre er det dermed tatt utgangspunktet i et eksplorativt design (Kvale & Brinkmann, 2015), da det finnes begrenset med forskning rundt AKS erfaringer med å forebygge reinnleggelser. Dette designet er ment for temaer der en søker ny informasjon og nye innfallsvinkler til temaet (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2 FORSKERROLLE OG REFLEKSIVITET

Vitenskapsteori handler om å angi kriterier for utøvelse av vitenskapelig virksomhet. Vitenskapsteori er dels en disiplin som beskriver hva forskere har tenkt og skrevet om kunnskapsproduksjon, og dels en egen disiplin som gjør det mulig å analysere vitenskapen og dens forutsetninger fra et overordnet filosofisk ståsted (Brottveit, 2018). Vitenskapssyn handler om hvordan vi forstår og forklarer den sosiale virkeligheten. Innsikt i hvordan vi tilegner oss kunnskap er viktig for å forstå hvorfor vi tenker og handler som vi gjør. Vi tenker ikke så mye på dette i det daglige, men i arbeidet med forskning er det viktig å være oppmerksom på og redegjøre for vårt vitenskapssyn og faglige ståsted. Dette vil være forskerens forforståelse, og begrunner hvorfor vi tenker når ulike valg skal tas og hvorfor vi handler som vi gjør (Brottveit 2018). Forforståelsen kan bidra til at vi går inn i et prosjekt med skylapper slik at forforståelsen overdøver de empiriske dataene og gir oss forventning om hva resultatet blir. Dette er den vanligste fallgruven, og det derfor være en fordel å identifisere egne erfaringer og meninger når en går i gang med et prosjekt. Slik kan en ta disse fram igjen når en skal gå gjennom resultatene til slutt, dersom de er helt eller tilnærmet identiske bør en granske de empiriske dataene og analyseprosessen på nytt (Malterud 2017).

Som sykepleierstudent deltok jeg datainnsamler i et større forskningsprosjekt. Dette var et kvantitativt prosjekt, og jeg innhentet data gjennom ett fastsatt spørreskjema med svaralternativer. Jeg fikk likevel en erfaring om hvordan datainnsamling fungerte, samt hvordan en skal spørre informantene og det å klare å holde samtalen i gang for å få ønsket informasjon. Dette krevde også noe forberedelse med å gjøre seg godt kjent med spørsmålene og øve på stille dem. Jeg måtte også selv ta kontakt med informantene og avtale gjennomføringen av intervjuet. Dette er erfaringer jeg tar med inn i arbeidet med masteroppgaven. Noen av oppgavene som rekruttering blir ikke helt ukjent og lettere å gjennomføre. Jeg ser også viktigheten av gode forberedelser, spesielt med tanke på å kunne stille gode spørsmål og ha godt kjennskap til stoffet.

Gjennom mitt arbeid som sykepleier har jeg opplevd flere situasjoner der eldre kommer tilbake fra en sykehusinnleggelse og er i utgangspunktet ferdig behandlet, men som likevel etter kort tid blir dårlig igjen og må innlegges i sykehus på nytt. Noen ganger har for eksempel pasienten ikke hatt en god nok oppfølgingsplan medsendt fra sykehuset, andre ganger har sykehuset erklært pasienten som frisk nok til å returnere til kommunen mens kommunen syns at pasienten ikke er frisk nok og blir dermed sendt i retur. Her har jeg gjort meg opp noen tanker om at hvis en avansert klinisk sykepleier med utvidet kunnskap innen sykdomslære, behandling og oppfølging, hadde vært mer involvert i denne overgangsprosessen mellom sykehuset og kommunen, kunne en reinnleggelse vært unngått i mange tilfeller. Det er ikke sikkert at dette er tilfelle, og slik det oppleves i de kommunene informantene i denne studien er ansatt, og derfor må jeg være åpen for andre erfaringer og synspunkter knyttet til denne problemstillingen.

3.3 UTVALG

Empiriske data er kilden til svaret på den valgte problemstillingen. All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet vi ønsker å forske på. I denne studien er målgruppen i problemstillingen avansert klinisk sykepleiere som er ferdigutdannet eller under utdanning som AKS, og derfor var det riktig å foreta et strategisk utvalg i rekrutteringsprosessen, slik at datamaterialet best kunne belyse problemstillingen. Relevans er et viktig stikkord ved strategiske utvalg; hvilke forhold må en ta hensyn til for å

oppnå data som omfatter fenomenet i en tilstrekkelig dybde og bredde. For å få en god nok informasjonsstyrke på dataene ønsket jeg å rekruttere informanter med ulik praksiskunnskap og erfaring (Malterud 2017). Hvor lang arbeidserfaring informantene hadde, hvilken stilling de var ansatt i og hvis var er ansatt i en stilling som avansert klinisk sykepleier, hadde andre arbeidsoppgaver/ansvarsområder enn sykepleiere med bachelorutdanning ble derfor satt som inklusjonskriterier. Andre demografiske data som størrelse på kommune, alder og kjønn, ble også kartlagt. Dette er spørsmål som er inkludert i intervjuguiden (Vedlegg 3). I mindre prosjekter er det vanlig med 10-15 informanter, men dette er igjen avhengig av hvor mange intervjuer som er praktisk mulig å gjennomføre (Johannessen, Tufte et al. 2016). Siden dette er et studentprosjekt med begrenset tid og ressurser, vil det bli færre informanter enn det som er vanlig.

Det ble rekruttert totalt fire informanter. Informantene ble rekruttert fra det som oppgis å være en mellomstor kommune (5000-19 999 innbyggere) og en stor kommune (> 20 000 innbyggere) (Regjeringen, 2006). Disse kommunene inneholder ikke noen store byer, men består for det meste av flere tettsteder i forskjellige størrelser. De største tettstedene i kommunene har ca. 10 000 innbyggere hver. Informantene hadde ulik totalarbeidserfaring som varierte mellom 10-30 år, hvor to var ferdig utdannet som AKS og to fortsatt var under utdanning som AKS. Det var bare én av de som var ferdigutdannet som AKS som hadde fått spesialistgodkjenning og som var ansatt i en stilling med krav om masterutdanning. De resterende informantene var ansatt som sykepleier og hadde ingen avtale med sin kommune om å få en stilling med krav om masterutdanning. Informantene arbeidet på ulike steder som hjemmesykepleien, på kommunalt medisinsk senter, og en informant hadde en tverrsektoriell stilling i kommunen stasjonert på kommunens legekontor. Informasjon om andre demografiske data fremstilles i tabellen nedenfor (Tabell 3).

Variabler	Antall
Alder	
- 20-30 år	1
- 30-40 år	1
- 40-50 år	2
Utdanning	
- AKS-student	2
- AKS	2
Total arbeidserfaring	
- 10-20 år	2
- 20-30 år	2
Arbeidssted	
- Hjemmesykepleie	1
- Kommunalt medisinsk senter	2
- Legekantor	1

TABELL 3: Demografisk oversikt

3.4 DATAINNSAMLING

Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene ble det valgt å bruke dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Dybdeintervjuer er i hovedsak å skape en relativt fri samtale som omhandler noen spesifikke temaer som er forhåndsbestemt. Metoden egner seg der en ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer, samt ulike nyanser ved disse aspektene (Tjora, 2021). Derfor er denne metoden egnet i dette forskningsprosjektet siden formålet er å utforske AKS sine erfaringer rundt reinnleggelser. Et kvalitativt forskningsintervju bør inneholde både faktaspørsmål og meningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015) Med faktaspørsmål menes her demografiske data som kartlegger konteksten samt fakta rundt informanten som har betydning for å sikre et variabelt datamateriale. Meningsspørsmålene er de spørsmålene som omhandler hovedtemaet, dette var for eksempel spørsmål som «Kan du fortelle om dine erfaringer med eldre pasienter som reinnlegges i sykehus?» og «Kan du fortelle om faktorer som forhindrer dette arbeidet mot reinnleggelser?». Forskerens hovedoppgave er å spørre informantene om hvorfor de opplever og handler som de gjør. Det er nødvendig å lytte til de

eksplisitte beskrivelsene og meningene de uttrykker, men også det som sies «mellom linjene» (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble valgt å utføre individuelle intervjuer da dette ble vurdert til å være den mest gunstige metoden for å få relevante svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Til motsetning hadde vært vanskelig å utføre fokusgruppeintervjuer da det var svært vanskelig å rekruttere informanter fra en allerede liten yrkesgruppe under koronapandemien. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. I følge Kvale & Brinkmann (2015) er dette hensiktsmessig å bruke når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra informantenes egne perspektiver, da denne intervjuformen søker å innhente beskrivelser av informantenes livsverden og fortolkninger av meningen med de fenomenene som beskrives. For at intervju ikke skal gjennomføres uten mål og mening, brukes det en semistrukturert form, som verken er en åpen samtale eller en samtale ut fra ett lukket spørreskjema. Intervjuguiden inneholder da punkter som sirkler inn bestemte temaer, men kan også inneholder forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden i dette forskningsprosjektet (Vedlegg 3) ble fastsatt ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene. Punktene og spørsmålene i intervjuguiden ble diskutert sammen med veileder og medstudenter på seminarer, samt gjennomgått etter pilotintervjuet. Gjennom pilotintervjuet så en at intervjuguiden samsvarte med problemstillingen og forskningsspørsmålene, at de dermed var gode nok til å innhente relevant datamateriale fra informantene. I tillegg inneholdt intervjuguiden en introduksjon med informasjon om forskningsprosjektet, gjennomgang av samtykkeerklæring, fakta spørsmål rundt informantenes demografi, samt forslag til oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene var kun ment som lett tilgjengelig hjelp for undertegnede i intervjusituasjonen for enklere stille tilleggsspørsmål og avklaringer. Dette kunne være spørsmål som «Kan du utdype dette?» og «Forstår jeg deg rett når du sier ...?». Oppfølgingsspørsmålene var til god hjelp og ble brukt under alle intervjuene.

Intervjuene ble holdt digitalt via Zoom, og gjennomført i september-oktober 2021. Lyden ble tatt opp via Nettskjema fra Universitet i Oslo og i etterkant transkribert av undertegnede selv. Å transkribere betyr å transformere, å skifte fra en form til en annen form. I en transkripsjon blir samtalen mellom intervjuer og informanten nedfelt i skriftlig form. Den verbale kommunikasjonen er som regel enkel å transkribere (Kvale and Brinkmann 2015). Nonverbale sider av kommunikasjonen kan i høyeste grad forme meninger gitt i samtalen, men kan likevel ikke gjenkjennes på lydopptaket (Malterud, 2017). Derfor bør informantenes uttalelser

nedtegnes ordrett, ord for ord med alle gjentakelser og med registrering av alle «eh».er og liknende (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å lytte til lydopptaket flere ganger kan en også kvalitetssikre transkriberingen ved at en kan oppdage om en har hørt feil (Kvale & Brinkmann, 2015). I tråd med NSD-godkjenningen vil alle lydopptak bli slettet når studien er avsluttet.

3.5 GJENNOMFØRING

Aktuelle kommuner ble identifisert gjennom tidligere studenter og via faggruppen for avansert klinisk sykepleie i NSF. Kommunalsjefene i de respektive kommunene ble kontaktet for tillatelse til å rekruttere og gjennomføre prosjektet. I de kommunene jeg fikk tillatelse, fikk jeg videre kontakt med avdelingsledere som skulle videreformidle til potensielle informanter. I informasjonsskrivet ble det beskrevet inklusjonskriterier for hvilke informanter som var aktuelle for dette prosjektet. Grunnet få tilbakemeldinger og mange «nei» fra kommunene, ble de to kommunene som takket ja til å delta, valgt. I utgangspunktet hadde det vært ønskelig med større geografisk variasjon, da dette kanskje kunne ha gitt flere og forskjellige erfaringer. Da avdelingslederne hadde identifisert aktuelle informanter, ble disse kontaktet via mail hvor de fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Grunnet vanskeligheter med å få en fysisk underskrift ble det bestemt, og godkjent av NSD, at informantene kunne takke ja til å delta først via mail og så muntlig under selve intervjuet.

For å kvalitetssikre intervjuene og for å sikre at alle digitale løsninger fungerte som tenkt, utførte jeg tester i forkant av intervjuene. Jeg testet både Zoom og Nettskjema. Her ble lyd kvalitet testet og at appen var koblet opp til rett nettskjema. Når aktuelle informanter hadde takket ja til å delta, ble tidspunkt for intervjuet avtalt med hver informant. Dagen i forkant av intervjuet fikk de link til Zoom hvor intervjuet skulle foregå.

Det første intervjuet ble brukt som et pilotintervju. Informanten ble i forkant av intervjuet informert om at dette ville bli et pilotintervju, og samtykket i dette og at det kunne inkluderes i selve studien. I etterkant at dette pilotintervju tok jeg sammen med veileder en vurdering av om intervjuguiden var utformet mest mulig hensiktsmessig i forhold til å få de dataene som besvarte problemstillingen best mulig. Veileder hadde da hørt gjennom lydfilen av intervjuet og kom også med tilbakemeldinger på bruk av oppfølgingsspørsmål, ta opp igjen «røde flagg» og notere stikkord underveis i intervjuet. Denne metoden ble benyttet i stedet for at veileder skulle delta på selve intervjuet, da dette kunne ha påvirket informanten negativt, i form av at

informantene kunne ha følt på skjev maktfordeling og kanskje kommet med uriktig utsagn eller ikke turt å si alle dens erfaringer.

I hvert intervju ga jeg på nytt informasjon om studiens formål og samtykkeerklæringen. Vi gikk over til selve intervjuet når informanten uttrykkelig samtykket til å delta på studien. Det ble informert om at intervjuene hadde en varighet på ca. 1 time, som viste seg å være tilstrekkelig da intervjuene varte mellom ca. 30-50 minutter. Jeg valgte å lytte på opptaket til intervjuene en gang først før jeg transskriberte dem, slik at jeg bedre kunne bevare den mellommenneskelige relasjonen i tekstform. Noen dialektord ble erstattet til bokmålsord for å bevare anonymiteten til informantene, men uten å gå på bekostning av setningenes meningsinnhold. Noen ord kunne ikke oppfattes grunnet støy i lydopptaket, dette gjaldt spesielt ett av intervjuene hvor det var mye støy og forstyrrelser under intervjuet. Det ble til sammen gjennomført totalt fire individuelle intervju.

Intervjuene ble i etterkant transkribert. Først ble lydopptaket lyttet gjennom en gang for å få et overblikk, før lydopptaket igjen ble gjennomgått grundig og transskribert underveis. Lydopptakene var stort sett av god lyd kvalitet, men noen få ord falt bort og ble erstattet med (...) i løpende tekst. I ett av lydopptakene var det mye bakgrunnsstøy og forstyrrelser underveis i intervjuet som gjorde det ekstra utfordrende å få tak i alt som ble sagt og sammenhengen i det som ble sagt. Etter at alle intervjuene var transskribert, ble hvert intervju analysert. Analysen er beskrevet under neste kapittel «Analyse av datamaterialet».

3.6 ANALYSE AV DATAMATERIALET

I kvalitativ analyse blir kunnskap skapt gjennom erfaringer og ved å tolke og oppsummere de empiriske dataene. Systematisk tekstkondensering er en metode som bygger på Georgi's psykologiske fenomenologiske analyse, og er en deskriptiv metode som presenterer erfaringer slik de er beskrevet av informantene heller enn den underliggende meningen. Analysen bygger på fire trinn (Malterud, 2012):

1. Det fullstendige inntrykket – fra kaos til temaer: I tråd med Malterud sin analysemetode ble alle intervjuene først gjennomlest for å få ett overblikk over datamaterialet. Gjennomlesningen ble utført med tanke på å ha ett åpent sinn og se på materialet fra et fugleperspektiv med fokus på hva informantene fortalte. Etter gjennomlesningen ble innledende temaer notert. I følge

Malterud er fire-åtte temaer et passende og håndterlig antall (2012). Veileder leste også gjennom intervjuene for å diskutere innledende temaer. Gjennomgangen av innledende temaer med veileder ble gjort på et mer overfladisk nivå, da dette var en studentoppgave og det var ikke mulighet til å sette av mye tid til grundig gjennomgang og diskusjon av alle intervjuene. Temaene som ble identifisert, ble utgangspunktet for videre analysering og organisering av datamaterialet.

2. Identifisering og sortering av meningsbærende enheter – fra temaer til koder: I dette trinnet ble transkriberingen av alle intervjuene gått grundig gjennom, linje for linje, og meningsbærende enheter ble identifisert. Dette ble gjort ved at nøkkelsetninger og -ord som kunne knyttes til problemstillingen ble plukket ut. Denne delen kalles dekontekstualisering (Malterud, 2012). de meningsbærende enheten som hadde samme innhold ble så samlet i kodegrupper. Disse kodegruppene gjenspesielt de innledende temaene fra trinn 1, men noen ble også endret på for å framstille datamaterialet best mulig. Totalt ble det identifisert seks forskjellige kodegrupper i dette trinnet av analysen, noe som er et passende antall i følge Malterud som oppgir at en bør ha mellom tre-seks kodegrupper når dette trinnet er gjennomført (2012).

3. Kondensering – fra koder til meningsinnhold: Videre ble hver og en av kodegruppen gjennomgått for videre abstraksjon og kondensering av innholdet, dette for å synliggjøre mangfoldet av nyanser og de forskjellige aspektene som fremkom fra informantene. Tekstbitene ble så sortert i ulike sub-kategorier og det ble laget et kondensat, altså et kunstig sitat. Disse sitatene var tro mot og brukte samme terminologi som informantene selv brukte. I dette arbeidet ble det oppdaget at noen av sitatene kunne passe under flere kategorier. Noen kategorier og sub-kategorier ble slått sammen eller fikk endret navn slik at de passet bedre til innholdet og synliggjorde relevansen til problemstillingen. På denne måten blir de empiriske dataene gjennomgått på en systematisk måte (Malterud, 2012).

4. Syntetisering – fra kondensater til beskrivelser og konsepter: I det siste trinnet av analysen ble tekstbitene putt sammen igjen og rekonseptualisert. I denne syntetiseringen av kondensatene ble det utviklet beskrivelser og konsepter som kunne belyse problemstillingen. Uttrykkene som opprinnelig ble brukt av informantene ble beholdt, med unntak fra noen dialektord som ble omgjort til bokmålsform, uten at dette gikk på bekostning av meningsinnholdet, for å bevare anonymiteten til den enkelte informant. Underveis i dette trinnet ble kategoriene og sub-kategoriene gjennomgått og rekonseptualisert flere ganger, samt at de ble kontrollert mot det transkriberte datamaterialet for å bekrefte at de fortsatt gjenspeilet de opprinnelige sitatene. Denne delen av analysen ble i flere omganger diskutert sammen med

veileder for å sikre at sitatene var plassert i rett kategori og/eller sub-kategori. Etter flere justeringer ble endelige resultatet tre kategorier med to-tre sub-kategorier hver. I tabell 4 sees et eksempel på en analyse som viser en av de endelige kategoriene med sub-kategori.

Eksempel på analyse:

Sitatnr.	Meningsbærende enhet	Kondensat	Sub-kategori	Kategori
3.19	Ja, eh, egentlig så gjør jeg det. Jeg føler at jeg tar det på en måte, veldig på alvor, at det som skal følges opp da. For det første så skjønner jeg det mye mer i hode hvorfor. Og det har jo mye og si. Og jeg vet litt mer etter studiet hva jeg skal observere da, og hvilke symptomer som kan være tegn på at det er noe da, på en måte. Så det syns jeg, at ja, absolutt! Det syns jeg at jeg merker.	Jeg tar pasientene mer på alvor og forstår mer hvorfor og hva jeg skal observere etter oppstart på AKS-studiet.	Behov for bred og helhetlig kompetanse	Behov for avansert kompetanse i kommune-helsetjenesten
1.21	Så er det vanskelig å svare på enkelt på det da, men når du har ulike IT-systemer, og du ikke har felles møteplasser så blir det sånn sektortankegang. OG de eneste, de som taper på dette er jo pasientene. De får ikke så skreddersydd og god oppfølging da.	Ulike IT-systemer og møteplasser gir sektortankegang gjør at det er pasientene som taper da de ikke får en skreddersydd og god oppfølging	Utfordringer med helsevesenets oppbygning	Organisatoriske forhold i helsetjenesten

4.9	Så bruker vi legevakta utenom, og da er hvert fall min erfaring at hvis jeg ringer legevakt og forteller at nå er jeg usikker, nå trenger jeg en veiledning liksom. Så ringer legevakta opp igjen, og så, enten så starter vi, kan vi jo starte med antibiotika eller annen behandling.	Jeg får hjelp og veiledning av legevakt, slik at vi kan starte med antibiotika eller annen behandling	Tverrfaglig samarbeid	Samhandling
-----	---	---	-----------------------	-------------

TABELL 4: Eksempel på analyse

En del av tekstanalysen vil også innebære å sammenligne og vurdere funnene opp mot eksisterende forskning og teori (Malterud 2012). I denne oppgaven vil dette beskrives og diskuteres under diskusjonskapitlet.

3.7 ETISKE OVERVEIELSER

Forskning underordner seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen som er utarbeidet i 1964 av World Medical Association sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker (World Medical Association, 2013). De vitenskapsetiske krav bygger på etiske prinsipper som kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring og i Helsinkideklarasjonen. Prinsippene angir hovedretningslinjer for god etisk standard i forskning som involverer mennesker. Sykepleieforskning veiledes av fire etiske prinsipper: prinsippet om autonomi, prinsippet om å gjøre godt, prinsippet om å ikke gjøre skade og prinsippet om rettferdighet. Forskeren er forpliktet til å overholde alle etiske retningslinjer i form av lovgivning, konvensjoner eller deklarasjoner som gjelder alle forskere og i alle faser av forskningsprosessen (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003). Helseforskningsloven, forskningsetikkloven og personopplysningsloven omhandler føringer som skal bidra til å sikre deltagerens trygghet og sikkerhet (Malterud 2017). Dette prosjektet ble sendt inn til NSD

(Referansenummer 519850, vedlegg 1) for godkjenning før oppstart og følger deres bestemmelser gjennom prosjektperioden. Det var ikke nødvendig med godkjenning fra REK da det ikke skulle forskes på sårbare grupper, eller samles inn data om helse/sykdom (Helseforskningsloven, 2008, § 10).

Dette prosjektet ble ansett til å ikke være til skade for de som deltok i studien. Heller kan studien bidra med relevant informasjon som kan bidra til erfaringsbasert kunnskap innen fagfeltet, og som videre kan bidra i arbeidet med å forebygge og forhindre reinnleggelser hos eldre pasienter.

3.7.1 Informert samtykke

Innhenting av informert samtykke fra kommunene og informantene ble gjort i tråd med Helseforskningsloven som stiller krav til at ett samtykke skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den gjeldende personen (Helseforskningsloven, 2008, § 13). Det ble i første runde sendt ut informasjonsskriv med samtykkeerklæring til helse- og omsorgsledere i de respektive kommunene. Hos de kommunene som samtykket til å delta i forskningsprosjektet, ble det videre opprettet kontakt med avdelingsledere som identifiserte aktuelle informanter. Avdelingsleder ga disse informasjonsskriv (vedlegg 4) og samtykkeerklæring (vedlegg 5), og undertegnede fikk så en liste med navn, mobilnummer og mailadresse til de som ønsket å delta i forskningsprosjektet. Det ble så opprettet kontakt hvor eventuelle spørsmål fra informantene ble avklart og tidspunkt for intervjuet ble avtalt. I samråd med NSD var det tilstrekkelig at helse- og omsorgslederne ga samtykke skriftlig via mail. Informantene samtykket først skriftlig via mail samt at informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen ble gjennomgått i starten av hvert intervju, hvor informanten også måtte samtykke muntlig.

3.7.2 Konfidensialitet

Forvaltningsloven sier at all informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner skal være taushetsbelagt, og de som deltar i forskning skal være sikret at det ikke kommer ut informasjon som kan identifisere dem (Forvaltningsloven, 1967, § 13 e). Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder er det vanlig med detaljerte beskrivelser fra enkeltpersoner, og dette krever at informantene må anonymiseres. Enten da ved å bruke pseudonymer i stedet for faktiske

navn, og en kan for eksempel endre på alder, kjønn og stedsnavn (Johannessen, Tufte et al. 2016). Alle utsagn som informantene kommer med i dette prosjektet ble anonymisert, slik at det ikke er gjenkjennbart i teksten. Dette ble gjort ved at informantenes sitater ble nummerert og oppgitt som informant (nummer) i løpende tekst. Navngitte steder ble også anonymisert slik at det ulike steder og institusjoner kunne gjenkjennes i teksten. Dette ble i stedet oppgitt som (navngitt by) og (navngitt institusjon) i løpende tekst.

Det ble i forkant gjort en vurdering ved bruk av den digitale løsningen Zoom for å gjennomføre intervjuene. Det ble reflektert over hvordan det å gjennomføre intervjuet på en slik måte kunne påvirke informanten og muligheten til å få gode empiriske data. Grunnet den pågående pandemien i landet og med hensyn til å forhindre smittespredning, ble dette likevel sett på som den beste løsningen for å få gjennomført intervjuene. Denne løsningen ble godkjent av NSD. For opptak av intervjuene ble Nettskjema fra Universitet i Oslo benyttet, og sikret dermed at materialet ikke var tilgjengelig for andre en student og veileder. Transkribert materiale og analyser ble lagret på en lukket OneDrive mappe hvor bare student og veileder hadde tilgang. Listen med informantenes navn og kontaktinformasjon ble kodet og lagret adskilt fra det transskriberte materialet. Personopplysningene og det transkriberte materialet vil i tråd med bestemmelsene slettes ved prosjektets slutt som er estimert til desember 2022. Sluttdato for dette forskningsprosjektet har blitt utvidet underveis, da i dialog med og godkjenning fra NSD (Vedlegg 2).

4. Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene som fremkom i analysen, og som skal svare på problemstillingen; Hvilke erfaringer har avansert klinisk sykepleiere med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter? Resultatene vil ha også ha fokus på forskningsspørsmålene; Hvilke faktorer fremmer forebygging av reinnleggelser, og hvilke faktorer oppleves som hemmende i arbeidet med å forebygge reinnleggelser. Følgende kategorier fremkom om informantenes erfaringer med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter: Behov for høyere kompetanse i kommunehelsetjenesten, samhandling og organisatoriske forhold i helsetjenesten. Under hver kategori struktureres svarene under sub-kategorier, oversikt over disse kan sees i tabell 5. Presentasjonen vil inneholde sitater fra informantene. Sitatene er eksempler på beskrivelser som kan brukes til å utdype tematikken, samt vise nyanser ved enkeltelementer og helheten i kategoriene (Malterud 2017).

Kategori	Sub-kategori
Behov for avansert kompetanse i kommunehelsetjenesten	Pasienten i fokus
	Behov for bred og helhetlig kompetanse
	Systematisk kartlegging og oppfølging
Samhandling	Tverrfaglig samarbeid
	Tett samarbeid med pårørende kommer pasienten til gode
Organisatoriske forhold i helsetjenesten	Tilgjengelige ressurser
	Utfordringer med helsevesenets oppbygning

TABELL 5: Oversikt over resultat kategorier

4.1 BEHOV FOR AVANSERT KOMPETANSE I KOMMUNEHELSETJENESTEN

I denne kategorien fortalte informantene om hvordan avansert kompetanse var fremmende for å kunne forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter. Økt kompetanse gjorde informantene i

stand til å ta valg for pasienten basert på dens ønsker og mål samt systematisk kartlegging, og dermed gi dem et individuelt tilpasset opplegg. Informantenes erfaringer presenteres gjennom sub-kategoriene: pasienten i fokus, behov for bred og helhetlig kompetanse og systematisk kartlegging og oppfølging.

4.1.1 Pasienten i fokus

I følge flere av informantene er det essensielt å begynne med å kartlegge hva som er viktig for pasienten i ett sykdomsforløp for å kunne forebygge reinnleggelser, og at dette bør gjennomføres på ett så tidlig tidspunkt som mulig. Her erfarte de at det var viktig å vite om pasienten ville behandles, og i så fall hvor den ville behandles og hvilke mål pasienten hadde uavhengig om den ønsket behandling eller ikke. Noen pasienter hadde som eneste ønske å dø, og dette var også noen en måtte vise respekt for i disse tilfellene.

«Jeg gjør en sånn tidlig inkomstsamtale hvor man prøver å kartlegge litt hva pasienten ønsker og hvor den vil behandles hvis det er noen ting ... om de ønsker behandling i sykehus eller om de ikke ønsker behandling ... det må bidra til en del.»
(Informant 2)

Når pasientens ønsker og mål om framtiden var kartlagt, var det viktig å støtte og hjelpe pasienten med å få bedre forståelse for sin helsesituasjon og mestre denne. God pasient- og pårørendeopplæring med tett oppfølging var en stor del av dette arbeidet.

I noen tilfeller erfarte informantene at pasientens ønsker også kunne virke hemmende. Det var spesielt i tilfeller der pasientene befant seg på sykehus, men ønsket seg tilbake til kommunen for tidlig i behandlingsforløpet. Dette opplevde de ofte førte til at pasienten måtte reinnlegges på grunn av forverret tilstand.

Informantene erfarte at det var spesielt fremmede hvis oppfølgingen var individuelt tilpasset pasienten. Det inkluderte både tiltak rundt pasienten, men også det å hjelpe pasienten med å mestre sin sykdom ved å øke egenomsorg og mestre ulike prosedyrer, for eksempel sette medisiner gjennom PEG-sonde. En informant sa dette som:

«Min erfaring er jo at det fungerer veldig bra ... Og det er jo for at de i større grad får tilpasset oppfølging. Vi hadde en med 6-8 innleggelser sist halvår knyttet til kolseksaserbasjoner. Da var jeg inne og tok første kartlegging og jobbet med vedkommende over lang tid ... Siste fire måneder har han ikke hatt en sykehusinnleggelse, men fått en rullering på korttid. Det er mange faktorer som spiller inn ... men da må en ofte tilrettelegge tiltakene på rett måte.» (Informant 1)

4.1.2 Behov for bred og helhetlig kompetanse

Kompetanse ble i følge informantene sett på som det grunnleggende i arbeidet for å kunne forebygge reinnleggelser. Informantene uttrykte hvordan AKS sin brede og helhetlige kompetanse var nyttig i møte med pasientene. Særlig pasienter med store, sammensatte sykdommer og hyppige reinnleggelser. De hadde bedre forståelse av faget og utviste en større helhetlig tenkning, og kunne dermed sette i gang ulike tiltak og lage behandlingsplaner med individuelle tilpasninger. Informantene erfarte også at de hadde større forståelse og kompetanse rundt medikamenter.

«Store og sammensatte behov, hyppige reinnleggelser, da er jeg på ... Når jeg ser en kompleks pasient som kunne tjent på og hatt min kompetanse, så kan jeg godt være på da.» (Informant 1)

«Jeg føler at jeg tar det veldig på alvor, det som skal følges opp. For det første så skjønner jeg mye mer i hodet hvorfor, og det har jo mye å si. Jeg vet litt mer etter studie hva jeg skal observere, og hvilke symptomer som kan være tegn på noe. Jeg kan si at jeg skjønner mye mer av medisinerings.» (Informant 3)

Informantene mente at med høyere kompetanse kunne andre helsepersonell ha mer tillit til deres meninger, slik at de dermed fikk større innflytelse når beslutninger skulle tas i forhold til pasienten, og på denne måten bidra til å forebygge reinnleggelser. Informantene fortalte også at de ble modigere i sine avgjørelser når det gjaldt behandling av pasienter. Likevel ønsket informantene seg større rettigheter, blant annet knyttet til henvisningsrett, slik at arbeidet med å forebygge reinnleggelser kunne forenkles. En av informantene sa det på denne måten:

«For det tror jeg kunne forebygge reinnleggelser da. Hvis du som AKS kunne sagt at «jeg vil sende denne pasienten på røntgen». Så finner vi ett brudd og får smertelindring og mobilisering. Da kan det kanskje fungere hjemme i stedet fro at det går så langt at pasienten får så smerter og ingen har tatt ett røntgen ... Da blir det fort en innleggelse.»
(Informant 3)

4.1.3 Systematisk kartlegging og oppfølging

Etter at informantene hadde begynt på AKS-studiet erfarte de at de fikk en annen kompetanse til å kunne ta mer helhetlige kartlegginger og arbeide mer systematisk enn det de kunne som sykepleiere med grunnutdanning. De erfarte å få en annen dybde på det kliniske blikket som var veldig verdifullt i vurderingen ved systematiske målinger, og hvordan de kunne bruke dette til å sammenligne pasientens fra gang til gang.

«Jobber jo litt mer systematisk etter ABCDE-metodikk, og er jo generelt blitt mer opptatt med å ivareta den eldre ... Men kanskje enda mer strukturert på en måte. At det fins en plan, særlig på de som er utsatt for å bli dårlig ... Så kan du prøve å hindre noen av de innleggelsene som ikke er nødvendige.» (Informant 2)

Det å ta endringer tidlig var i seg selv en fremmede faktor for å kunne forebygge reinnleggelser, men uttrykte også at dette ikke alltid var like enkelt og avgjøre hva som kunne bli utfallet. En måtte også vurdere når det var riktig å ta målinger i forhold til hva som kunne være normale døgnvariasjoner og hva som kunne være tegn på forverring hos pasientene. Det å ha kjennskap til pasienten fra før av ble sett på som en fremmede faktor da dette kunne gjøre at AKS raskere kunne gjenkjenne symptomer.

«Det å starte opp med en behandling for UVI, for eksempel. Mange gamle damer har litt grums på urinprøven og så skal vi vente å se om det blir noe. Plutselig er dama hallusinert og har falt og skada seg. Man kan sitte med en følelse om at «søren, at jeg ikke var striere på den urinprøva». Andre ganger kan jeg ta en urinprøve som det ikke blir noe med, så det er vanskelig, hva som er riktig.» (Informant 4)

Ett annet viktig aspekt som informantene fortalte om, var hvordan oppfølging pasientene fikk, hadde betydning for om de lyktes med å forebygge reinnleggelser og at pasientene ble «svingdørspasienter». Her erfarte de at det var det viktig med en behandlingsplan som la føringer for en systematisk individuell oppfølging av pasientene. Dette kunne innebære å ta blodprøver, CRP og andre målinger ettersom hva som var relevant ut fra diagnosen og behandling pasienten fikk på sykehuset ved første innleggelse.

4.2 SAMHANDLING

Her fortalte informantene om viktigheten av tverrfaglig samarbeid, og hvordan deres arbeid kunne bidra inn i dette samarbeidet. Dette gjaldt samarbeid både med lege, annet helsepersonell og yrkesgrupper, samt andre institusjoner både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pårørende var også erfaringsmessig en viktig samarbeidspartner blant informantene. Resultatene fremkommer her under sub-kategoriene «Tverrfaglig samarbeid» og «Tett samarbeid med pårørende kommer pasienten til gode».

4.2.1 Tverrfaglig samarbeid

En felles grunnforståelse for pasientens nåværende helsetilstand og status var grunnlaget for det tverrfaglige samarbeidet innad i kommunehelsetjenesten.. Informantene fortalte at samarbeidsmøter var viktig for å utveksle informasjon om pasientene, og for å avklare videre planlegging og oppfølging av pasientene. Inn i dette samarbeidet erfarte AKS at de var en spesielt viktig del. De kunne bidra med verdifull og unik informasjon om pasienten, og i noen tilfeller fungere som en koordinator og bindeledd i det tverrfaglige samarbeidet i kommunehelsetjenesten. Derimot, uttrykte informantene at de skulle ønske at de hadde disse møtene hyppigere, og at det noen ganger var for mye fokus på pasientene som allerede var inneliggende på korttidsavdelingen i forhold til de pasientene som befant seg i eget hjem og kunne hatt nytte av et korttidsopphold. Hos disse pasientene var hjemmebesøk viktig, ofte i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut, hvor de kartla pasientens nåværende status og hjemmesituasjon. Slik kunne de tilpasse pasientens hjem og avklare eventuell videre oppfølging, slik at hjemmesituasjonen skulle bli så optimal for pasienten som mulig. Dette kunne være fremmende for å forebygge reinnleggelser.

«Vi har møter en gang i uka med korttidsavdelingen i kommunen og tildelingskontoret hvor vi tar opp pasienter ... Det er veldig sånn hvem som skal hjem og hvordan de er. Men det er litt lite kartlegging av hva de trenger hjelp til, og litt lite tid for oss til å få prate om hvem som kanskje bør inn på ett opphold. Det er veldig mye fokus på pasienten der og da.» (Informant 3)

Et samarbeid som både ble ansett som viktig, men også til tider utfordrende var samarbeidet med legen, enten det var pasientens fastlege eller behandlende lege på sykehuset. Informantene erfart at det varierte hvor samarbeidsvillig legene var, hvor nøye de hadde satt seg inn i pasientenes situasjon og hvor mye de hørte på sykepleierens vurderinger. Dette hadde mye å si for hvor god og tilpasset oppfølgingen pasientene fikk. I tillegg var det en negativ faktor hvis sykepleieren følte at de måtte mase på legen.

«Hvor samarbeidsvillig fastlegen er ... Det syns jeg har mye å si ... Du er jo avhengig av fastlegen hele veien, bare for å få lagd en behandlingsplan ... De kommer ofte hjem og må ta blodtrykk ... Jeg syns ofte at det avhenger av at fastlegen leser den epikrisa nøye, og vet hva de skal følge opp de også.» (Informant 3)

«Vi kan føle på at hvis her det i ferd med å skje noe, og så vil doktoren på avdelingen se det an litt til og avvente. Så noen ganger så er jo det den riktige avgjørelsen og noen ganger så går det den gale veien.» (Informant 4)

Samarbeid med sykehus og legevakt oppga informantene som viktig dersom de trengte informasjon om hvordan pasienten hadde vært under sykehusoppholdet, slik at de hadde informasjon og sammenligne med dersom det var endringer. Like så var det viktig at det var tydelige avklaringer med sykehuset, slik at hvis pasienten ble dårligere igjen etter en sykehusinnleggelse kunne en enklere forebygge en reinnleggelse dersom det forelå en klar behandlingsplan og at kommunene hadde nødvendig utstyr og medisiner klart til pasienten. På den andre siden, var informantene klare på at de selv kunne bli flinkere til å etterspørre denne informasjon. Samarbeidet med legevakt var spesielt nyttig dersom de trengte råd om hva de skulle gjøre ved nyoppståtte problemer. En informant uttrykte dette med:

«Hvis de blir brått dårlige, er det vanskelig å hindre en reinnleggelse ... Kanskje 50 % kunne vært unngått hvis vi hadde fått en ordentlig avklaring og videre behandlingsplan

fra sykehuset med hva som er bestemt hvis det utvikler seg sånn og sånn ... Det er ofte ikke med.»

«Vi må være litt flinkere til å si i fra og etterspørre det da. At når de planlegger å skrive dem ut ... så burde vi jo etterspørre en behandlingsplan.» (informant 2)

4.2.2 Tett samarbeid med pårørende kommer pasienten til gode

En samarbeidspartner informantene anså som viktig, var pasientens pårørende. De kunne komme med verdifull informasjon, samt gi beskjed om de oppdaget endringer hos pasienten. Spesielt hos de pasientene som sjeldnere hadde hjemmesykepleie innom hos seg. Slik kunne pårørende bidra til tidlig oppdagelse av symptomer og endringer i pasientens helsetilstand, slik at AKS kunne igangsette ulike tiltak og dermed forebygge reinnleggelser. At pårørende hadde fått god informasjon, veiledning og opplæring om pasientens helsetilstand, og kunnskap om hvordan de kunne bidra og støtte pasienten, ble erfart som fremmende i følge informantene.

«Jeg synes de er flinke til å gi beskjed når det er endringer. Det kommer litt an på hvordan samarbeidet har blitt etablert med dem, hvor flinke vi har vært og ringe dem og gi informasjon.» (Informant 3)

«Angst kan være en kjempesterk faktor for en med kols. Og det er ikke lett ... men med god veiledning og litt tettere oppfølging, så kan en komme ganske langt.»

«Hvis du hadde intervjuet disse pårørende så hadde de vært veldig glatte for den tette oppfølginga som de har fått.» (Informant 1)

Helsepersonellet burde også være flinke til å oppdatere pårørende om pasientens tilstand, slik at samarbeidet opplevdes gjensidig for begge parter. Informantene opplevde at pårørende kunne ha forskjellige forventninger til hva helsepersonellet kunne bidra med og hva som var deres oppgaver, derfor var det viktig at det var gjort tydelige avklaringer med dem.

4.3 ORGANISATORISKE FORHOLD I HELSETJENESTEN

Helsetjenestenes oppbygning og med begrensede tilgjengelige ressurser ble i all hovedsak sett på som faktorer som skapte utfordringer, både i pasientnært arbeid og på systemnivå, og opplevdes derfor som en hemmende faktor i arbeidet med å forebygge reinnleggelser. Funnene inndeles og presenteres under «Tilgjengelige ressurser» og «Utfordringer med helsevesenets oppbygning».

4.3.1 Tilgjengelige ressurser

Dårlig pasienttilbud og begrenset legedekning ble sett på som en hemmende faktor i følge informantene. Dette skapte situasjoner der pasientene ble svingdørspasienter og ga utrygge sykepleiere. Informantene fortalte at i tillegg ble pasientene ofte skrevet ut for tidlig fra sykehuset på grunn av begrensede ressurser og kapasitet på avdelingen, og at pasientene selv ønsket seg tilbake til kommunene fordi dette var bedre der.

«Vi har mange ustabile pasienter og vi står alene med mye ansvar, sånn sett kunne jeg ha tenkt med og hatt en doktor i avdelingen på helg. Det er lenge fra fredag kl.15 til mandag kl.07.»

«Vi ser jo at noen blir skrevet ut litt for fort til oss, som gjør at vi må sende de i retur ... Da viser det seg mange ganger at pasienten har ønsket seg tilbake til kommunen ... Vi har jo litt mer personale og er litt bedre bemannet ... sånn at vi har litt mer å gi av omsorg og tid, og da skjer det at pasientene gjerne vil tilbake igjen. Og så blir det litt for fort.» (Informant 4)

Dårlig bemanning og tid i kommunehelsetjenesten førte til at informantene opplevde at de måtte prioritere bort pasienter, og spesielt gikk dette utover pasienter som i like stor grad ønsket å motta hjelp på tross av stort behov. Dette ble sett på som en hemmende faktor fordi de mistet muligheten til å observere pasienten og gi dem den behandlingen og oppfølging de trengte. Informantene erfarte derimot at hvis kommunene hadde AKS med en tydelig rollebeskrivelse og frikjøpt tid, ble dette sett på som en viktig ressurs og som en fremmende faktor for å kunne forebygge reinnleggelser. Da fikk AKS bedre mulighet til å følge opp

pasientene mer jevnlig og gjøre videre vurderinger ut fra hva som ble oppdaget under sykehusoppholdet. En informant sa:

«AKS har vært veldig bra for vår kommune. Jeg håper at ledelsen er med på å utvikle dette videre, og at man får frikjøpt tid til å følge de opp. Det tror jeg vil forebygge reinnleggelser ... For det første ha tid til å reise hjem til pasienter jevnlig ... Og det å kunne følge opp alle kliniske observasjoner til henhold til epikrisen eller etter hva de har funnet ut på korttidsavdelingen.» (Informant 3)

4.3.2 utfordringer med helsevesenets oppbygning

En hemmende faktor som informantene opplevde, var når pasienten fikk behandling ved flere sykehus og spesielt hvis det var sykehus i forskjellige fylker. Dette skapte en uoversiktlig situasjon hvor det var vanskelig å holde følge med hvilken behandling pasienten fikk og pasientens tilstand underveis i behandling. Spesielt vanskelig blir det når de ulike behandlerne ikke møtte pasienten personlig og gikk glipp av viktig informasjon om hvilken medikamenter som hadde effekt og ikke. Ofte var det manglende kommunikasjon mellom behandlingsstedene som skapte dette problemet. Når pasienten da kom tilbake til kommunen var det varierende hvor gode epikriser de fikk og hvor mye som stod om hvilken behandling som var gitt.

«Jeg ser utfordringer hos de som blir behandlet i flere sykehus. Vi har jo noen som blir behandlet for en infeksjon ved (navngitt by), og så får de kreftbehandling på (navngitt by), og så er de her i mellomtiden. Og da glipper det, når det blir lite informasjon. Det er jo den kommunikasjons- og planleggingsbiten fra alle parter ... Så da blir det stykkevis. Vi har en pasient inne nå som får behandling i (navngitt by). Vi har ikke sett pasienten på flere uker, og sitter og diskuterer behandlingsforløpet. Ingen har fått med seg at han taper seg og blir dårligere, og kanskje ikke orker å stå i behandling. For vi mangler den kommunikasjonsbiten, den linken i mellom.» (Informant 2)

Denne oppbygningen skaper utfordringer med kommunikasjonen mellom institusjonene, og spesielt blir det nevnt at det hadde vært ønskelig med et felles dokumentasjonssystem. Dette gjaldt både mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men også innad i kommunehelsetjenesten. En informant uttrykte dette med å si:

«Når du har ulike IT-systemer og du ikke har felles møteplasser, så blir det sånn sektor-tankegang. Og de eneste som taper på dette er jo pasientene, de får ikke så skreddersydd og god oppfølging.» (Informant 1)

5. Diskusjon

5.1 RESULTATDISKUSJON

I denne delen skal funnene i studien diskuteres opp mot teoretisk rammeverk, relevant forskning, samt egne erfaringer arbeidslivet. Studiens hensikt var å se etter avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter, og hvilke faktorer som erfares som fremmende og hemmende når det gjelder reinnleggelser. Diskusjonen foregår under hver overskrift som tar utgangspunkt i funnene i hver kategori, og de tilhørende subkategoriene. Diskusjonen funnene vil følge den samme rekkefølgen som funnene ble presentert i resultat kategorien.

5.1.1 Behov for avansert kompetanse I kommunehelsetjenesten

Informantene erfarte at det var viktig å begynne med å kartlegge pasientens ønsker og mål for eventuell behandling, i hvilken grad og i hvilke situasjoner behandlingen skulle foregå, samt hvor den skulle foregå. Kjernen i den nordiske modellen for avansert klinisk sykepleie beskriver sykepleier-pasient-forholdet, og hvordan det for sykepleieren handler om å kunne tolke å forstå pasientens budskap gjennom samtaler slik skal de komme til en felles enighet og forståelse med mål for helseprosessen (Fagerström, 2019). Informasjonen om pasientens ønsker og mål oppga informantene at ble samlet inn som en anamnese, via samtaler med pasient og pårørende samt journalgjennomgang. Det fins i midlertid anerkjente systematiske verktøy som nettopp samler inn slik informasjon, for eksempel Min livshistorie. Dette er en samtaleguide utarbeidet for helsepersonell til bruk for å bli kjent med personens livshistorie, verdier, interesser og nettverk, samt hva som er viktig for personen selv (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021). I følge lovverket har kommunen plikt til å utarbeide en individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, samt at kommunen skal tilby en koordinator som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av den enkeltes tjenestetilbud og individuelle plan (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1). Det var derimot ingen av informantene som nevnte bruken av individuell plan, selv om en av informantene fortalte om at AKS hadde kompetansen og ferdighetene til å kunne fungere som en koordinator. Selv om informantene i denne studien ikke oppgir å bruke individuell plan, bekreftes funnet om at det er viktig å innhente pasientens ønsker og mål gjennom studien

til Naylor et al. (1999) som også viser til at bruken av individuell plan er et viktig verktøy i forbindelse med planlegging av utskrivelse fra sykehus og for oppfølging i kommunehelsetjenesten, og at bruk av dette er med på å forebygge reinnleggelser.

Informantene erfarte at i noen situasjoner gikk pasientens ønske gikk foran det som kan sies å være faglig forsvarlig, hvor pasienten ble utskrevet tidlig fra sykehuset etter eget ønske om å komme tilbake til kommunen. Loven om pasient- og brukerrettigheter sier at pasientene har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, samt undersøkelses- og behandlingsmetoder. Men dette fordrer også til at pasienten har fått den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og at informasjonen er tilpasset den enkelte pasient og dens forutsetninger for å motta og forstå informasjonen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Med loven i mente, bør helsepersonell gi bedre og tydeligere informasjon til den enkelte slik at en kan unngå situasjoner der pasientens ønske går fremfor det som er medisinsk gunstig i den enkeltes situasjon, og dermed i større grad kunne unngå reinnleggelse på grunn av for tidlig utskrivelse og manglende ferdigbehandling. I studien til Glette et. al. erfarte primærlegene i at sykehuslegene tillot pasienter å reise hjem samme dag som det hadde blitt utført medisinerdringer, ofte når det gjaldt overgang fra intravenøs antibiotikabehandling til antibiotikabehandling i tablettform. Sykehuslegene selv mente at dette var på grunn av endrede utskrivelseskriterier, men vedtok også at det kunne skyldes høyt press på avdelingen (2022). Selv om det i dette studien ikke nevnes at pasienten selv ønsket å bli utskrevet tilbake til kommune, så kan en spekulere i om at det ofte bidrar til at terskelen for utskrivelse blir lavere. Det blir da et spørsmål om en setter pasientens ønsker i fokus eller at det er sykehusets ressurser som er styrende for utskrivelse.

At pasienten får ytret sine ønsker og medvirke i hvilken oppfølging den skal få, gir det også AKS større mulighet til å gi individuelt tilpasset oppfølging. Informantene erfarte at etter at pasientens ønsker og mål var kartlagt, var det viktig å fremme og styrke pasientens ressurser og motivasjon. En AKS bør ha kunnskap om salutogenese og patogenese, samt forstå balansen mellom disse for å kunne fremme pasientens helseprosesser. Med grunnlag i dette kan sykepleieren støtte og fremme pasienten, samt hjelpe pasienten med hvordan den skal fremme og bevare sin helse (Fagerstrøm, 2019). Informantene i denne studien påpekte viktigheten av å høre på pasienten, og at en enten da satte i gang tiltak, for eksempel pasient- og pårørendeopplæring, slik at pasienten kunne mestre sin sykdom og få flere fine år. Eller så måtte en respektere det pasienten sa. Både i studien til Naylor et. al. (1999) og Smith et. al.

(2015) ble pasientens ressurser og mål kartlagt, samt at både pasientene og deres pårørende fikk opplæring rundt pasientens sykdom ved behov. Dette bekrefter at en salutogenetisk tenkemåte og fremgangsmåte er en viktig fremmede faktor i arbeidet med å forebygge reinnleggelser.

Studiens funn påpeker hvor viktig det er med faglig kompetanse og at det er et behov for høyere og mer bred kompetanse innen sykepleie. Informantene erfarte at grunnlaget for å kunne ha pasienten i fokus og gi individuelt tilpasset sykepleie og oppfølging var kompetansen de hadde, og at dette var fremmede for å kunne forebygge reinnleggelser. Studien til Naylor et al. (1999) bekrefter at en viktig komponent for å kunne forebygge reinnleggelser, er at en i størst mulig grad lager et individuelt opplegg for pasienten. I følge Stortingsmeldingen *Leve hele livet* er dagens utfordringer med de helse- og sosialfaglige utdanningene er at de ikke møter dagens behov for kompetanse i tilstrekkelig grad (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). St.Meld.26 (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) påpeker at personer med kronisk sykdom og brukere med store og sammensatte behov krever en høyere og flerfaglig kompetanse i kommunehelsetjenesten, og at denne kompetansen må sees i sammenheng med at det gjøres for lite systematisk forebyggende arbeid, samt målet om mer aktiv oppfølging. AKS har en bredere kunnskapsbase med evne til gjennomføre en systematisk klinisk undersøkelse, systematisk innhente pasientens anamnese samt opprette individuelle behandlingsplaner og utføre kliniske intervensjoner (Fagerström 2019). For å sammenligne studiene til Naylor et al. (1999) hvor de påviste en signifikant forskjell på redusert antall reinnleggelser hos eldre som hadde fått tett oppfølging av AKS før, under og etter utskrivelse fra sykehus. Dette støttes av studien til Smith et. al. (2015) som påviste at pasientene som mottok et enkelt oppfølgingsbesøk i hjemmet av AKS etter utskrivelse fra sykehus, hadde en betydelig lavere reinnleggesrate. Denne studien påpeker også at AKS har en utvidet kompetanse. Derimot viser studien til Lembeck et al. (2019) hvor pasientene bare fikk oppfølging under utskrivelsen og et enkelt oppfølgingsbesøk av en sykepleierstudent og en sykepleier fra kommunehelsetjenesten, at det ikke var noen forskjell på intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i forhold til redusert antall reinnleggelser hos deltakerne. Manglende kompetanse blant sykepleier i kommunehelsetjenesten var også erfart av sykehusleger å føre til reinnleggelser (Glette et. al., 2022). Videre erfarte informantene at de hadde tilegnet seg større kompetanse rundt medikamentell behandling og ulike legemidler, og at forståelsen for dette var en fremmede faktor. En AKS skal ha bred kunnskap om farmakologi, legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering, dette inkluderer kunnskap om bivirkninger,

legemiddelinteraksjoner og systematisk legemiddelgjennomgang (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 4). I Norges finnes det i dag en forskrift som regulerer systematisk legemiddelgjennomgang, men her er det bare fastleger og sykehjemsleger som er nevnt. I studien til Shapiro et. al. viste at pasienter som sto på flere enn fire faste medikamenter hadde større risiko for å bli reinnlagt (2017). Når AKS fikk mulighet til å utføre en legemiddelgjennomgang hos pasienten, og eventuelt gjøre justeringer det det var behov, samt kontrollere at epikriser fra sykehuset hadde oppgitt riktige medikamenter og at disse ble administrert på riktig måte, var dette med på å forebygge reinnleggelser. (Shapiro et. al., 2017; Smith et. al., 2015). Ut fra dette kan en påstå at kompetansen til AKSere sammen med tett, individuelt tilpasset oppfølging er nødvendig for å kunne forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter.

Informantene erfarte at med høyere kompetanse kunne andre helsepersonell ha mer tillit til deres meninger, og at de dermed fikk større innflytelse når beslutninger skulle tas. Dette gjorde også at de ble modigere ved beslutningstagninger. En personlig egenskap som nevnes som viktig hos en AKS, er at det kreves en viss grad av selvinnsikt og evne til å tenke kritisk over ansvaret den innehar, samt at den er moden og modig, både personlig og profesjonelt (Fagerstrøm, 2019). Det kreves også at en AKS kan arbeide selvstendig gjennom å ta selvstendige faglige beslutninger og gjennomføre tiltak og behandling basert på disse (Fagerstrøm, 2019). I tidligere forskning fremkommer det at en AKS skal kunne utføre selvstendige oppgaver som klinisk undersøkelser og sette i gang tiltak basert på disse, og legemiddelgjennomgang samt justering av legemiddelbehandling der det er behov (Naylor et. al., 1999; Smith et. al., 2015), men det kommer ikke frem om hvordan dette erfarer for AKSen selv. Også i studien til Shapiro et. al. ser en også at AKS hadde mulighet til å ta beslutninger, og gjøre individuelle tilpasninger i forhold til medikamentbehandling og sykepleietiltak (2017). I denne studien fremkom det at informantene ønsket seg større rettigheter og muligheter, blant i form av henvisningsrett. Slik mente de at arbeidet med å forebygge reinnleggelser kunne forenkles. I AKS' spesifikke kompetanse inngår blant annet at den skal kunne foreskrive behandling, også inkludert legemidler, men da basert på at en innehar tilstrekkelig kunnskap om farmakologi (Fagerstrøm, 2019). I flere land, for eksempel USA, Storbritannia, Irland, New Zealand og Australia, har AKS forskrivningsrettigheter av ulike grader. Dette har de hatt i flere år, mens i Norden har en ikke kommet like langt i denne utviklingen. Nærmest har sykepleiere med en videreutdanning på 45 studiepoeng en begrenset forskningsrett (Fagerstrøm, 2019). Her ser en at AKS har større muligheter til å arbeide

selvstendig til å ta beslutninger og utføre tiltak basert på disse. Som informantene i denne studien mente, kunne disse utvidede mulighetene ha gitt de større muligheter til å forebygge reinnleggelser.

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene selv skal sørge for en helhetlig tenkning i det forebyggende arbeidet med tidlig diagnostikk og intervensjon, og videre behandling og oppfølging. Den påpeker at dette er behov som bør identifiseres på et så tidlig tidspunkt som mulig for å forebygge sykdomsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tidlig oppdagelse av symptomer og systematisk kartlegging erfarte informantene som fremmede for å forebygge reinnleggelser. Å gjenkjenne unormale tegn og symptomer på sykdom krever bedre erfaring og evne til å stille alternative og klinisk differensialdiagnoser. Kjennskap til den enkelte pasienten som et unikt individ gjør det mulig å kunne tolke og forstå endringer i pasientens helsetilstand (Fagerström, 2019). Studien til Lorentzen et al. (2020) påviste at en av de hyppigste risikofaktorene for reinnleggelse var mangelfull oppfølging i forbindelse med og etter utskrivelse. Strukturerte hjemmebesøk og oppfølging fra AKS bidro til å forebygge reinnleggelser ved å foreta systematisk kartlegging av innleggelsesårsak, alvorlighetsgraden av helseproblemene, aldersrelaterte problemer, fysisk og psykisk funksjonsstatus, en generell klinisk undersøkelse samt legemiddelgjennomgang. (Naylor et. al., 1999; Smith et. al., 2015). I de videre oppfølgingsbesøkene hadde AKS mulighet til å gjøre endringer i pasientens legemidler dersom dette var nødvendig og følge opp eventuelle forverrede eller nyoppståtte symptomer. Hvis AKS var usikker på videre tiltak, kunne den forhøre seg med lege (Smith et. al., 2015). Som det blir erfart i denne studien var at informantene arbeidet mer systematisk og strukturert, og hvis de var usikre på målinger eller videre tiltak, kunne ta kontakt med lege. Et slikt systematisk og strukturert arbeid sees derfor på som en fremmede faktor for å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter.

Funnene tilsier at det er viktig å ha fokus på pasientens ønsker og mål, og at en bør ta utgangspunkt i en salutogenetisk metode i direkte klinisk praksis, da det erfarer å være forebyggende å fremme pasientens egne ressurser. Videre var AKS sin avanserte kompetanse avgjørende for god systematisk kartlegging og oppfølging, tross at informantene ikke nevnte bruk av noen anerkjente kartleggingsverktøy. Her synliggjør informantenes erfaringer at det nettopp er AKS sin kompetanse og individuelle tilpasning til hver enkelt pasient som er viktig for å kunne forebygge reinnleggelser hos de eldre pasientene.

5.1.2 Samhandling

Informantene erfarte at godt tverrfaglig samarbeid var fremmende i arbeidet med å forebygge reinnleggelser. Her påpekte de at det var viktig at møtene ble avholdt jevnlig, gjerne oftere enn det som per i dag ble gjort, og at relevante ting ble diskutert. At relevante ting og at alle pasientene fikk like mye fokus, erfarte de at varierte. Fagerström (2019) konstaterer at samarbeid fører til bedre behandlingsresultater. For informantene var det viktig med samarbeidsmøter med god informasjonsutveksling og diskusjon rundt pasienten, samt avklare videre planlegging og oppfølging. I et samarbeid er det viktig å ha et felles mål og effektiv kommunikasjon med et mangfold av faglige kunnskaper og ferdigheter hos de ulike profesjonene som skal utfylle hverandre (Fagerström, 2019). Hvor ofte tverrfaglige møter bør avholdes, bør avhenge av den kliniske konteksten og hvor i pasientløpet den befinner seg. Møtene bør skje tidligere og oftere jo mer akutt situasjonen er (Wyller, 2015). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-4) sier at de kommunale helse- og omsorgstjenestene er lovpålagt å samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å kunne gi pasienten et helhetlig og samordnet tilbud, mens Samhandlingsreformen mener at en av hovedutfordringene er at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke er gode nok (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Informantene erfarte at AKS hadde en spesielt viktig plass i samarbeidet, da de kunne bidra med unik og verdifull informasjon. Som tidligere nevnt har AKS kompetanse og ferdigheter til å kunne fungere som en koordinator. Ett av kompetanseområdene til AKS er case management. Case management omhandler håndtering av pasientforløp og oppfølging, og er basert på samarbeid og samhandling. En case manager vil være den som har ansvar for å vurdere, planlegge, koordinere og følge opp pleie- og behandlingstilbudet på tvers av helseforetakene og de ulike nivåene. Den kan også yte kliniske tjenester og brukes særlig hos pasienter med langvarige og sammensatte behov (Fagerström, 2019).

En samarbeidspartner som informantene erfarte som spesielt viktig, var legen. Også i studien til Naylor et. al. påpekes det at samarbeidet med legen var essensielt for å lage individuelle opplegg for pasientene (1999). Dette samarbeidet kunne til tider oppleves som utfordrende, enten det var pasientens fastlege eller behandlende lege på sykehuset. Manglende samarbeid kan føre til at pasienten ikke får den pleien og behandlingen som er nødvendig, og skyldes i de fleste tilfeller dårlig eller manglende kommunikasjon (Fagerström, 2019). Tillit til og anerkjennelse av AKS sine vurderinger og synspunkter, erfarte informantene at var viktig,

men at det varierte i hvilken grad legen gjorde dette. Barrierer mellom fag og profesjon er ikke ukjent innen helsevesenet, og det har tradisjonelt sett vært sterke spenninger mellom sykepleiere og leger. Dette har vist seg å skape hindring i samarbeidet dem i mellom, men at AKS spesielt vil utfordre de sosiokulturelle verdiene når de får mer selvstendige roller og funksjoner med utvidet rett til å foreta kliniske beslutninger (Fagerström, 2019). Allmennlegene påpekte også viktigheten av at AKS opparbeidet seg tillit hos allmennlegene (Helsedirektoratet, 2021). Det kan tenkes at siden andre AKS har en mer innarbeidet og anerkjent rolle i andre land, kan samarbeid med legen kanskje oppleves som enklere og mer naturlig. En ser at med felles mål og ett ønske om å gi pasienten best mulig pleie, behandling og oppfølging, vil en lettere kunne forebygge reinnleggelser. Her må en legge bort profesjonskampen, og heller ha fokus på god kommunikasjon og samarbeid rundt pasienten.

Sykehus og legevakt var en annen samarbeidspartner som informantene nyttiggjorde seg av ved utskrivelse og ved behov for mer informasjon eller rådgivning etter utskrivelse. De kunne enklere forebygge reinnleggelser dersom informasjonen var god, nødvendige avklaringer var gjort og at det forelå en behandlingsplan med informasjon om hva som skulle gjøres dersom pasienten igjen ble dårlig. Dette var ikke alltid tilfelle. Studien til Glette et. al. (2022) viste at epikrisen i flere tilfeller ikke var ferdigskrevet når pasienten skulle utskrives, den kom ofte for sent og var i noen tilfeller upresis. Det kom også frem at det var nødvendig med god kommunikasjon spesielt når det gjaldt pasienter med kompliserte medisinske tilstander, og at dersom kommunikasjonen ble bedre, kunne dette redusere antall reinnleggelser. Dette støttes i studien til Lorentzen et. al. (2020) som også fant at reinnleggelser trolig kunne være forebygget med bedre kommunikasjon og tydeligere epikriser med informasjon. Informantene i min studie påpekte at de selv kunne bli flinkere til å etterspørre slik informasjon når pasientene skulle tilbake til kommunen. I studien til Lembeck et. al. (2019) hvor en så på om hjemmebesøk med en sykepleier fra sykehuset og en fra kommunehelsetjenesten på utskrivelsesdagen, hadde noen effekt på reinnleggelser, fant en at det ikke var noen forskjell på intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det ble da foretatt bare ett besøk som besto i kartlegging av kognitiv funksjon, medisiner, ernæring, mobilitet, funksjonsstatus og fremtidige avtaler med helsetjenesten. Kontrollgruppen fikk vanlig pleie, og kommunikasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten foregikk via elektroniske meldinger som vanlig. 54 % av intervensjonsgruppen og 56 % av kontrollgruppen ble innen 180 dager reinnlagt i sykehus, med lignende resultater ved 8 og 30 dager etter utskrivelse. RCT-studien til Naylor et al. (1999) fant derimot at intensiv planlegging og oppfølging av en

avansert klinisk sykepleier ved utskrivelse fra sykehus, førte til færre reinnleggelser og lengre tid mellom utskrivelse og eventuell reinnleggelse hos intervensjonsgruppen. De fikk da flere planlagte besøk av AKS, både på sykehuset og etter hjemkomst, i tillegg var AKS tilgjengelig på telefon noen timer hver dag hele uka, og hadde telefonisk kontakt minst en gang hver uke. AKS samarbeidet da med pasienten, legen, omsorgsgivere og andre faggrupper for å lage en individuell utskrivningsplan.. AKS har også konsultasjon som et eget kompetanseområde, som sier at AKS kan være en stor ressurs blant annet i samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og hindre unødvendige sykehusinnleggelser (Fagerström, 2019). Dette viser oss nødvendigheten med avansert kompetanse, og at AKS har gode muligheter til å kunne forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter.

Pårørende ble også erfarte som å være en viktig samarbeidspartner, da de kunne komme med verdifull informasjon og gi beskjed hvis det var endringer hos pasienten. Slik kunne informantene sette i gang tiltak på et tidligere stadium og dermed ha større sjans for å forebygge reinnleggelser. Pårørende vil ofte etterspørre informasjon om hvordan de kan gjenkjenne og håndtere ulike symptomer og reaksjoner hos den som er syk. Slik kan en også spørre pårørende om hvordan de vurderer tilstanden til den som er syk, der det er aktuelt (Bøckmann & Kjellevoid, 2019). I studien til Smith et. al. fikk også pårørende opplæring rundt pasientens sykdom slik at de kunne oppdage endringer i pasientens kliniske tilstand (2015). I mange tilfeller erfarte informantene at de var avhengig av å ha etablert et godt forhold med god kommunikasjon til pårørende. En god dialog med pårørende oppnås ved at helsepersonell tidlig tar kontakt med pårørende for å etablere et gjensidig tillitsforhold, og helsepersonell bør vektlegge det å være tilgjengelige og imøtekommende slik at pårørende får mulighet til å stille spørsmål (Bøckmann & Kjellevoid, 2019). Informantene opplevde også at det varierte hvilke forventninger pårørende hadde, og hva de kunne bidra med. I henhold til Helsedirektoratets pårørendeveileder, skal det i en individuell plan også fremgå hva pårørende bidrar med, og eventuelt hvilke oppgaver de ønsker å utføre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Pårørende er en viktig del av et individuelt tilpasset opplegg for pasientene, og at de derfor må inkluderes når oppfølgingen av pasienten skal planlegges (Smith et. al., 2015). Det var også viktig å kartlegge støtteverket rundt pasienten generelt, og hvilken kunnskap pårørende har om den Eldres helseutfordringer fra før av og hva de kan bidra med (Naylor et. al., 1999). Informantene nevnte ikke bruk av noen systematiske verktøy vedrørende pårørendesamarbeid i dette forskningsprosjektet. Et annet aspekt som ikke har blitt nevnt i denne studien, men heller ikke i andre studier, er når en også må ta hensyn til pasientens pårørende. Trolig er

mange av pårørende selv eldre, og har kanskje sine egne helseutfordringer å ta hensyn til. Pårørende til geriatrike pasienter, kan være utsatt for betydelige belastninger. AKS skal ha en helhetlig tilnærming også når det gjelder pårørende (Fagerström, 2019). Det finnes egne systematiske kartleggingsverktøy for vurdering av pårørendestress. Relative Stress Scale (pårørendestress) avspesiler i hovedsak pårørendes emosjonelle opplevelse av situasjonen. Dersom pårørende skårer høyt kan det være en indikator på at de må tilbys mer avlastning og hjelp til å bearbeide egne emosjonelle reaksjoner (Wyller, 2015). Det er ikke utenkelig at slitne pårørende ikke i like stor grad klarer å stille opp for sine, og utgjør dermed en risikofaktor for at pasienten må reinnlegges.

Funnene som er relatert til tverrfaglig samarbeid er lignende som funn ved tidligere studier. Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjonen den innebærer er avgjørende for å lykkes med et forebyggende arbeid, og at dette gjelder både innad i kommunene men også mellom de ulike tjenestenivåene. Videre ser en at AKS må få en mer anerkjent rolle i det norske helsevesenet for å kunne utnytte sin kompetanse til sin fullhet. Pårørende erfares også som en stor ressurs og bør involveres inn i det forebyggende arbeidet.

5.1.3 Organisatoriske forhold i helsetjenesten

Informantene erfarte at dårlig pasienttilbud og mangel på rett tilbud til pasientene skapte reinnleggelser og førte til at pasienten ble svingdørspasienter. Samhandlingsreformen har som mål å gi alle rett behandling på rett tjenestenivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I studien om helsepersonells erfaringer med reinnleggelser fra primærhelsetjenesten kommer det frem at mangel på sykehjems plasser og manglende kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset i kommunene kunne være årsaker til reinnleggelser (Glette et. al., 2022). Dette underbygger erfaringene informantene kommer med i denne studien, men det synliggjør også at en ikke har klart å oppnå ønsket effekt i forhold til hva som var målet med Samhandlingsreformen.

Dårlig bemanning og dårlig tid til pasientene er ikke noe som er ukjent i helsevesenet, noe som også informantene i denne studien erfarte. De erfarte at dette førte til at de måtte prioritere pasientene, og konsekvensen at dette ble at de ofte prioriterte de som ønsket å motta hjelp i forhold til de som kanskje ikke ønsket å motta helsehjelp i like stor grad, men hadde et stort behov for det. Kommuner rammes ofte av innsparinger og dette går ofte utover bemanningen,

dette påvirket sykepleiebemanningen negativt og førte også til at flere sykepleiere sykemeldte seg på grunn av høyt arbeidspress (Glette, Røise, Kringeland, Churruca, Braithwaite & Wiig, 2018).

Informantene erfarte at hvis AKS var ansatt i en spesialisert stilling og hadde frikjøpt tid til å drive med klinisk arbeid, var dette med på å fremme det forebyggende arbeidet i forhold til reinnleggelser. Basert på erfaringer burde AKS være organisert over avdelingsstrukturen, slik at den ikke inngår i den vanlige driften da dette fører til at en mister fleksibiliteten som trengs for å kunne bidra hos de multimorbide pasientene, samt fungere på tvers av fagområder (Helsedirektoratet, 2021). Både studien til Naylor et. al. (1999) og Smith et. al. (2015) viser til at AKS har egne arbeidsoppgaver, som da er spesielt knyttet mot oppfølging av utskrivningsklare pasienter med videre oppfølging i hjemmet. Her var det også avsatt tid til flere planlagte oppfølgingsbesøk (Naylor et. al., 1999; Smith et. al., 2015), og AKS var også tilgjengelig per telefon sju dager i uka (Naylor et. al., 1999). Dette viser at det kreves mye tid for å kunne få til en så strukturert, men likevel godt individuelt tilpasset oppfølging, og at dette er fremmede for å forebygge reinnleggelser

Meld. St. 15 fastslår at sannsynligheten for reinnleggelser avhenger av tilgangen på kompetente kommunale helsetjenester og samhandling mellom tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Informantene erfarte at det ofte var sektor-tankegang i helsetjenestene og at kommunikasjonen mellom de ulike tjenestene, både innad og utad i kommunen, ikke var optimal. Dette ble spesielt knyttet til manglende og dårlig kommunikasjon og at de hadde ulike IT-systemer som ikke samsvarte, i tillegg varierte det hvor gode epikriser de fikk. Dermed erfarte de at det ble vanskeligere med god og helhetlig oppfølging av pasientene som ble behandlet ved flere ulike institusjoner. Spesielt utfordrende var det hvis dette var institusjoner i andre fylker enn der pasienten tilhørte. I følge studien til Glette et. al. opplevde sykehuslegene at det var vanskelig å bedre kommunikasjonen med primærhelsetjenesten på grunn av manglende kommunikasjonsverktøy. Sykehuslegene hadde også ulike oppfatninger av om hvor godt kommunikasjonen med primærhelsetjenesten trengte å være. De var likevel enige om at forbedret kommunikasjon kunne forebygge reinnleggelser (2022). Dette støttes av studien til Lorentzen et. al. som påpeker viktigheten av god kommunikasjon mellom pleiepersonalet og utskrivende lege, og at legene i større grad burde vektlegge sykepleiesammenfatningen hvor pasientens funksjonsstauts beskrives før utskrivelse (2020). Dette bekrefter informantenes erfaringer med at IT-systemene i dag ikke

samsvarer optimalt, og at dette hemmer kommunikasjonen som igjen blir en risikofaktor for reinnleggelse.

Funnene i denne kategorien kan oppsummeres med at grunnlaget er at en har gode helsetilbud å tilby pasientene for å kunne gi dem behandling på rett nivå. I tillegg er det essensielt at det er nok folk på arbeid, og at disse har tid til å utføre god helsehjelp med alt det innebærer og gi omsorg til pasientene. AKS i en egen stilling er en mulig løsning på dette, da mange funn tyder på at tid og avansert kompetanse er fremmede for å kunne forebygge reinnleggelser. Videre er det en forutsetning at det blir økt fokus på samarbeidet mellom tjenestenivåene, og at kommunikasjonen forbedres da dette har stor innvirkning på mulighetene for å arbeide forebyggende mot reinnleggelser hos eldre pasienter.

5.2 STUDIENS VALIDITET, RELIABILITET OG OVERFØRBARHET

I dette kapitlet belyses valg som har blitt tatt gjennom alle studiens prosesser, samt hvordan disse valgene kan ha påvirket studien positivt eller negativt.

5.2.1 Validitet

For å kunne bevise at funnene i en studie gir gyldige svar, må vi kunne validere forskningsmetoden. Å validere betegnes som å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017). Validiteten kontrolleres ved å undersøke feilkildene, en undersøker altså at studien undersøker hensikten og at den følger metoden som skal benyttes. Selve valideringen består av syv faser som foregår gjennom hele forskningsprosessen; tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, validering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom hele forskningsprosessen har jeg reflektert over valg jeg har stått ovenfor og hvorfor jeg tok disse valgene.

I ett forskningsprosjekt er det i utgangspunktet ønskelig med 10-15 informanter, men at dette må justeres i betraktning av hvor stort forskningsprosjektet er og hvilke ressurser som står til rådighet (Johannessen et. al., 2016). I følge Malterud (2017) er informasjonsstyrke et bedre kriterium for et kvalitativt utvalg. Selv om informantene kom med ett rikt og variert datamateriale som ga god informasjonsstyrke, vil det lave antallet informanter kunne påvirke

datamaterialet ved at andre og viktige erfaringer knyttet til prosjektets hensikt, forbli uoppdaget og dermed være en svakhet ved studien. På grunn av det er få som er ferdig utdannet som avansert klinisk sykepleier i Norge, var dette med på å begrense antall informanter da en i tillegg må ta høyde for kommunenes ønske og mulighet til å bidra i forskningsprosjektet, om informantene selv ønsker å delta. Med en pågående pandemi som var i en mer intensiv i perioden hvor rekrutteringen foregikk, var det flere kommuner som takket nei til å bidra, og de kommunene som godkjente rekruttering, var kommuner som hadde få avansert klinisk sykepleiere. Dette resulterte i at jeg fikk ett lavere antall informanter enn det som i utgangspunktet var ønskelig. Det ble også diskutert andre metoder for rekruttering sammen med medstudenter og veiledere, da rekruttering i pandemitid var problematisk for flere studenter. Med intervjuenes kvalitet, innhold og lengde, ble det sammen med veileder besluttet at fire informanter var tilstrekkelig i dette forskningsprosjektet. Intervjuene hadde en varighet på ca. 30-50 minutter og hadde et variabelt innhold hvor informantene kom med noen like, men også noen ulike erfaringer. Av funnene som var like hos noen av informantene, varierte det hvor mye den enkelte vektla den aktuelle erfaringen. Av disse informantene var to ferdigutdannet som avansert klinisk sykepleier, mens to var fortsatt utdanning som avansert klinisk sykepleier. Fra de to kommunene hvor rekrutteringen ble gjennomført, var det en AKS-student og AKS hver. Dette ga ulike utgangspunkt og varierte erfaringer hos informantene ut fra hvilken kunnskap, arbeidserfaring og tanker rundt AKS de hadde. Med dette oppfylles kravet om at utvalget skal gi tilstrekkelig med data, og at dataene er rike og varierte (Johannessen et. al., 2016; Malterud, 2017).

Validitet blir definert som en uttalelses sannhet, styrke og riktighet, og bygger dermed på informantens troverdighet og kvaliteten på intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene ble problemstilling hele veien løftet frem og spørsmålene i intervjuguiden brukt aktivt. Informantene fikk fortelle fritt rundt spørsmålene, og intervjuer kom med oppfølgingsspørsmål der det var passende uten å avbryte informanten. Eksempel på oppfølgingsspørsmål var notert på intervjuguiden slik at det skulle bli enklere å formulere seg hensiktsmessig underveis i intervjuet. På slutten av hvert intervju ble hovedtemaene som var notert som stikkord underveis oppsummert, og informanten fikk anledning til å komme med flere utsagn eller utdype det som allerede var snakket om. Noen gjentok og poengterte det de allerede hadde snakket om, uten å utdype dette videre. En mulig svakhet dette prosjektet er at det var noe varierende grad på intervjuene grunnet støy og forstyrrelser under intervjuet som gjorde både informant og intervju ukonsentrert. Varierende lyd kvalitet (inkludert støy) gjorde

transkriberingen utfordrende og ikke alle ord ble oppfattet, noe som kan ha ført til at viktige poeng ble oversett.

Analysen ble gjort i tett samarbeid med veileder. Det var fint å kunne diskutere sammen med veilederne som hadde god erfaring knyttet til forskning og veiledning av masterstudenter fra tidligere. Spesielt analyseprosessen var utfordrende da dette var noe helt nytt og mye å sette seg inn i for å kunne gjennomføre. Analysen har fordel av å bli gjennomført av flere personer for så og diskutere meningsinnholdet og de foreløpige temaene (Malterud, 2012). Det var først og fremst egen veileder som deltok i analyseprosessen, men gjennom seminarer med medstudenter og andre veiledere ble ulike problemstillinger og temaer diskutert. Det å la andre kompetente personer analysere de samme dataene for å se om deres fortolkninger stemmer overens, er med på å styrke validiteten i prosjektet (Johannessen et. al., 2016).

5.2.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forholdet mellom forskningen og dens kontekst – hvordan reliabiliteten i sammenhenger internt i forskningsprosjektet synliggjøres i rapporteringen (Tjora, 2021). Reliabilitet sees ofte i sammenheng om informantenes svar forblir det samme i andre sammenhenger, og dermed kan reproduseres av andre forskere på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Rekrutteringsmetode og relasjon mellom forsker og informant, er også av betydning for forskningens reliabilitet (Tjora, 2021).

Ut fra studiens problemstilling og forskningsspørsmål var det riktig å ta utgangspunkt i kvalitativ metode med et eksplorativt design, da problemstillingen legger opp til å utforske deltakernes erfaringer. Kvalitative metoder egner seg godt til å få vite mer om menneskelige egenskaper som blant annet opplevelser, tanker, holdninger og erfaringer, som kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017). Det ble valgt å utføre individuelle og semistrukturert intervjuer da dette brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra deltakerens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble utført ett pilotintervju hvor en søkte å se om intervjuguiden var optimal for å få svar på forskningsprosjektets problemstilling og forskningsspørsmål. Pilotintervju bekreftet at intervjuguiden var god nok, og det ble sammen med veileder og med godkjenning fra informanten selv, inkludert på lik linje med de andre intervjuene. Spesielt i kvalitative studier er det sårbart når det gjelder utvelgelse og presentasjon av intervjusitater. Det er viktig å

reflektere over hvilke intervjusitater en velger å presentere, og hva disse representere i forhold til de som ikke ble fremlagt (Tjora, 2021). De inkluderte sitatene ble gjennomgått sammen med veileder, og via diskusjon ble det valgt hvem som skulle fremstilles som rene sitater og hva som skulle skrives om til tekst. Dette etter hva som ble vurdert til å være studiens mest fremtredens funn. Underveis i transkriberingen oppdaget jeg steder hvor jeg kunne ha stilt flere og andre oppfølgingsspørsmål. Dette kunne trolig ha gitt en dypere innsikt i informantenes erfaringer.

Deltakerne har ikke vært påvirket av intervjupersonen, og har dermed vært fri til å snakke om sine erfaringer rundt prosjektets tema. Jeg hadde ingen kjennskap til informantene fra tidligere. Det ble sammen med veileder besluttet at jeg skulle utføre intervjuene alene for ikke å skape et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og intervjuobjekt i intervjusituasjonen. Selv om en tar hensyn til den gjensidige forståelsen og det personlige intervjusamspill, bør vi likevel ikke betrakte et forskningsintervju som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte parter (Kvale & Brinkmann, 2015). Som tidligere nevnt i kapitlet, bygger en stor del av studiens validitet på intervjuenes kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Hvis vi heder at våre resultater skal representere informantenes erfaringer, må en sørge for at det empiriske materialet og våre tolkninger utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og resultatet. Dernest er det viktig å forsikre seg om at informanten faktisk snakker sant (Malterud, 2017). Dette ble kontrollert via oppfølgingsspørsmål som «har jeg forstått deg rett når du sier at ...?». Slik fikk jeg bekreftet det informantene hadde fortalt, samt at det ble oppfattet riktig av meg som intervjuer. Malterud (2017) anbefaler at en stiller slike spørsmål underveis i intervjuet for å sjekke sin egen oppfatning, da en av de største fallgruvene i et intervju kan være misforståelser. Jeg opplevde ikke at jeg misforsto det informantene fortalte under intervjuet, men jeg måtte til tider stille flere oppfølgingsspørsmål for å forsikre meg om at jeg hadde forstått informanten rett og avklart hva som ble ment med noen begreper.

Min egen bakgrunn og erfaring som sykepleier, samt erfaringer med å intervju informanter til forskningsprosjekt fra tidligere, er avklart tidligere i kapitlet om forskerrolle og forforståelse.

5.2.3 Overførbarhet

All forskning har til hensikt å kunne trekke slutninger utover de umiddelbare opplysningene som er samlet inn (Johannesen et. al., 2016). Å belyse overførbarheten i ett forskningsprosjekt er en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet, og er en forutsetning for at kunnskapen skal kunne deles med andre. Overførbarhet anviser genser og betingelser for hvordan funnene i en studie gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre forskningssammenhenger, og er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre (Malterud, 2017). Overførbarhet av funn i kvalitativ forskning er ofte knyttet til utvalget, og den eksterne validiteten kan bli svak dersom en bare forholder seg til denne lokale konteksten (Malterud, 2017). Med utgangspunkt i overnevnte kan en ikke med sikkerhet si at resultatene fra denne studien kan overføres til andre settinger, og hvor en for eksempel ser på de eldres erfaringer med reinnleggelser. Siden det også kun deltok fire informanter fra to kommuner i denne studien, kan andre AKS ansatt i andre kommune har andre erfaringer rundt faktorer som fremmer og hemmer reinnleggelser hos eldre. Ingen av informantene var ansatt i kommuner hvor de arbeidet i større byer, dette kan også ha noe å si for erfaringene informantene hadde, men dette kan ikke sies med sikkerhet.

5.3 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Både i rekrutterings- og intervjuprosessen uttrykte helse- og omsorgssjefene i kommunene og informantene at de synes at prosjektet belyste ett meget aktuelt og viktig tema. For informantene var det spesielt AKS sin rolle inn i denne problemstillingen med deres mulighet til å arbeide direkte rettet mot dette problemet viktig. Dette sees på som en styrke ved prosjektet, da det direkte kan være med på å belyse faktorer som påvirker hvorfor eldre pasienter reinnlegges i sykehus, og hvordan en kan arbeide for å forebygge at dette skjer.

Informantenes erfaringer i denne studien kan bidra til økt oppmerksomhet og forståelse rundt faktorer som fremmer og hemmer forebygging av reinnleggelser hos eldre pasienter. Dette gjelder funn som både er knyttet til nødvendigheten av AKS-utdanningen og AKS sin kompetanse, direkte og indirekte sykepleie, samarbeid både innad i kommunehelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten, samt hvordan helsevesenets oppbygning påvirker muligheten til å kunne forebygge reinnleggelser. Spesielt studien til Naylor et. al. (1999) og Smith et. al. (2015) støtter flere av funnene i denne studien, og styrker at det er nødvendig med at AKS er

viktig i det forebyggende arbeidet. Studien til Lorentzen et. al. (2017) og Glette et. al. (2022) synliggjør flere risikofaktorer for reinnleggelser, som også informantene her erfarer. Dette tyder på at det er et behov for AKS i kommunehelsetjenesten, spesielt med tanke på oppfølging og kartlegging av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, pasient- og pårørendeopplæring og som en koordinator for å fremme helhetlig pasientoppfølging i direkte klinisk arbeid og i samarbeid med andre helsepersonell.

5.4 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Med bakgrunn i denne studiens funn sees et grunnlag og et behov for videre forskning på hvordan AKS' forebyggende kompetanse kan brukes i kommunehelsetjenesten, systematiske metoder for å sikre god overføring av pasienter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt effekten av dette og om dette reduserer antall reinnleggelser. En bør også se mer på hvordan reinnleggelser erfares for de eldre selv, men også for deres pårørende, for å få et mer helhetlig bilde på hvordan en kan forebygge dette problemet og hvordan pårørende blir påvirket når den eldre må reinnlegges på sykehus.

6. Konklusjon

Dette var et kvalitativt forskningsprosjekt som hadde som hensikt å kartlegge AKS sine erfaringer rundt faktorer som fremmer og hemmer reinnleggelser hos eldre pasienter i kommunehelsetjenesten. Funnene som framkom i denne studien kunne fordeles i tre ulike hovedkategorier: Behov for avansert kompetanse i kommunehelsetjenesten, samhandling og organisatoriske faktorer i helsetjenesten. Resultatene forteller at avansert klinisk sykepleiere og AKS-studenter erfarer at det er viktig å ha pasienten i fokus hvor har fokus på å kartlegge pasientens mål og ønsker for fremtidig helsehjelp, slik at helsehjelpen som skal gis er mest mulig individuelt tilpasset den enkelte pasient. Videre var det viktig å støtte pasienten og fremme dens ressurser til å håndtere egen sykdom. Den avanserte kompetansen som en AKS har var avgjørende for å kunne arbeide forebyggende, både i direkte og indirekte klinisk praksis. Det påpekes at det er en forskjell mellom kompetansen til AKS og sykepleiere med grunnutdanning. Dette arbeidet bør utføres på en strukturert og helhetlige måte, hvor kartlegging og oppfølging har stort fokus. AKS erfarer at de med fordel kunne ha hatt større rettigheter, slik det er i andre land, og at dette kunne hatt en positiv virkning på å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter. Likevel mente de at andre helsepersonell kunne ha større tillit til deres meninger på grunn av kompetansen de hadde.

Samhandling ble erfart som en viktig faktor, men som hadde både et fremmende og et hemmende aspekt ved seg. Informantene erfarte at de hadde flere viktige samarbeidspartnere som kunne bidra med sin ekspertise til pasientene, samt at AKS kunne med fordel fungere som en koordinator i dette samarbeidet. På den andre siden erfarte de også at samarbeidet, spesielt med lege og sykehus, kunne være utfordrende både i form av manglende skriftlig dokumentasjon og manglende behandlingsplaner. Det var heller ikke alltid at AKS sine vurderinger fikk like stor tiltro fra legene. Dette erfartes som hemmende faktorer i det forebyggende arbeidet, og er funn som bekreftes i andre studier som forteller oss at samhandling og kommunikasjon er viktig, men ikke optimal. En siste samarbeidspartner som informantene erfarte som viktig, var pasientens pårørende. De kunne bidra med verdifull informasjon og gi beskjed hvis det oppstå endringer i pasientens helsetilstand. Her var det en forutsetning om at det var etablert et godt samarbeid med pårørende, hvor de hadde fått god informasjon, veiledning og opplæring dersom det hadde vært et behov. Likeså var det viktig at informasjonsflyten ble vedvarende og at det ble gjort tydelige avklaringer med dem.

I kategorien organisatoriske forhold i helsetjenesten fremkom erfaringer som at dårlig pasienttilbud og begrenset legedekning var en medvirkende årsak til at pasienter ble svingdørspasienter. Dårlig bemanning i kommunchelsetjenesten var også et problem og førte til at de måtte prioritere pasienter. Derimot erfarte de at der AKS var ansatt i en stilling med krav om masterutdanning og hadde frikjøpt tid til å gjøre sine oppgaver, var dette positivt for kommunen og pasientene. En faktor som ble sett på som veldig hemmende var når pasienter fikk behandling på flere ulike institusjoner, og at kommunikasjonen da var ekstra utfordrende på grunn av IT-systemer som ikke samsvarte. Dette førte til dårlig informasjon mellom tjeneste. De erfarte at dette gikk på bekostning av pasientene og kunne føre til reinnleggelser.

Det denne studien viser oss er at selv om en ser at AKS er en viktig brikke for å kunne forebygge reinnleggelser, gjenstår fortsatt en del strukturelle komponenter rundt – det bør for eksempel blir flere AKS som er ansatt i stillinger med krav om masterutdanning og som kan følge opp pasienter med sammensatte og langvarige behov. En kan fortsatt se at det er et stort forbedringspotensial i kommunikasjonen og samhandlingen mellom helsetjenestene, som trolig vil redusere antall reinnleggelser blant eldre pasienter dersom en lykkes med dette. Studien viser også at det likevel er et behov for videre forskning innen temaet reinnleggelser hos eldre pasienter.

7. Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018). Om vitenskapsteoretiske begreper og grunnsyn. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s.15-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Dahl, A. A. & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2020) *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie – et begrunnet behov*. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.17-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019). *En nordisk modell for avansert klinisk sykepleie*. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019). *Forskrivning av legemidler*. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Fagerström, L. (2019). Hva er avansert klinisk sykepleie? I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.39-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.89-108). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019). Sykepleievitenskapelige perspektiver for avansert klinisk sykepleie. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s.71-88). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2014) Befolkningen i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>
- Folkehelseinstituttet (2014) Helse hos eldre. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- 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). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>
- Forvaltningsloven (1967) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL_3
- Gjertsen, M. T, Brønnick, K. & Testad, I. (2018). Characteristics and predictors of hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway. *BMC Geriatrics* 18(203). Hentet fra <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0887-z>
- Glette, M. K., Kringeland, T., Røise, O. & Wiig, S. (2022). Helsepersonells erfaringer med reinnleggelser fra primærhelsetjenesten – en oppsummering av en casestudie. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.4>
- Glette, M. K., Røise, O., Kringeland., Churruca, K., Braithwaite, J. & Wiig, S. (2018). Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study. *BMC Health Services Research* 18(955). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3769-3>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV 2011-06-24-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#§7-1

Helsedirektoratet (2017). Dialog med pårørende. Innhent opplysninger fra nærmeste pårørende ved utredning av hjelpebehov hos pasient eller bruker. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruiker/dialog-med-parorende/innhent-opplysninger-fra-naermeste-parorende-ved-utredning-av-hjelpebehov-hos-pasient-eller-bruiker>

Helsedirektoratet (2018) Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Medvirkning, informasjon og kommunikasjon. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet (2018). Individuell plan og koordinator. Innhold i individuell plan og planprosess. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/innhold-i-individuell-plan-og-planprosess>

Helsedirektoratet (2019). Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning>

Helsedirektoratet (2020). Autorisasjon og spesialistgodkjenning. Spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistgodkjenning-i-klinisk-allmennsykepleie#soknadomgodkjenning>

Helsedirektoratet (2020). Kostnader i spesialisthelsetjenesten (Rapport IS-2949). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-i-spesialisthelsetjenesten-2019/Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten%202019%20-%20IS%202949.pdf/_attachment/inline/7b171ed2-9ef8-4834-8143-397a0d3f6d75:32a12747d28e19778a4946a467e19d1d6bc1e3eb/Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten%202019%20-%20IS%202949.pdf

Helsedirektoratet (2021). Utvikling av avansert klinisk sykepleierrolle – internasjonale og nasjonale erfaringer. Eksempler fra innføring av AKS i helsetjenester i Norge. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/utvikling-av-avansert->

[klinisk-sykepleierolle--internasjonale-og-nasjonale-erfaringer/eksempler-fra-innforing-av-aks-i-helsetjenester-i-norge](#)

- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20 44). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3
- Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s.107-118). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, s. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lembeck, M. A., Thygesen, L. C., Sørensen, B. D., Rasmussen, L. L. & Holm, E. A. (2019). Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Services Research* 19(751). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4528-9>
- Lorentzen, I. C., Larsby, K. E., Bugge, E. & Lindekleiv, H. (2020). Reinnleggelser ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0225>
- Lyon, D., Lancaster, G. A., Taylor, S., Dowrick, C. & Chellaswamy, H. (2007). Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). *Family Practice* 24(2), 158-167. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml069>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melberg, H. O. & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2(2), 143-158. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09>
- Naylor, M. D, Broton, D., Campbell, R., Jackobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V. & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 281(7), 613-620. [doi:10.1001/jama.281.7.613](https://doi.org/10.1001/jama.281.7.613)

- Norsk Sykepleierforbund (2007) ICNs etiske regler for sykepleiere. Norsk utgave 2007. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3
- Pedersen, M. K, Mark, E & Uhrenfeldt, L. (2018). Hospital readmission: Older married male patients' experiences of life conditions and critical incidents affecting the course of care, a qualitative study. *Scandinavian journal of Caring Sciences* 32(4), 1379-1389. <https://doi.org/10.1111/scs.12583>
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (international edition, 11. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Regjeringen (2006) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007 (Prop. 61 (2005-2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-61-2005-2006-/id212235/?ch=14>
- Shapiro, J. S., McCoy, R. G., Takahashi, P. Y., Thorsteinsdottir, B., Peterson, S. M., Naessens, J. M., ... Borkehagen, L. S. (2017) Medication Use Leading to Hospital Readmission in Frail Elders. *The Journal for Nurse Practitioners* 13(10), 708-715. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.08.015>
- Smebye, K. L. (2022). utfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. I R. Jakobsen, Å. Bergland, A. H. Hillestad & K. L. Smebye (s.34-63). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Smith, J, Pan, D. & Novelli, M. (2015). A Nurse Practitioner-Led Intervention to Reduce Hospital Readmissions. *The Journal of Nurse Practitioners* 12(5), 311-316. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.11.020>
- Statens legemiddelverk (2016) Legemiddelgjennomgang. Hente fra <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang#begreper-og-metode>
- Statistisk sentralbyrå (2019) 1 av 3 eldre bor alene. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>
- Statistisk sentralbyrå (2020). Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge. Hentet fra

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>

Statistisk sentralbyrå (2022) Pasienter, behandling og liggedager ved somatisk sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Hentet fra https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf

Tjora, A. (2021). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tøien, M. (2019). Helsefremmende og forebyggende sykepleie i eldreomsorg. I L. M. Fagerström (Red.), Avansert klinisk sykepleie (s.178-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2021) Modeller for målrettet miljøbehandling. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/malrettet-miljobehandling/personsentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/modeller-for-malrettet-miljobehandling>


World Medical Association (2013) Declaration of Helsinki. Hentet fra <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Wyller, T. B. (2015). Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk.

8. Vedlegg

8.1 VEDLEGG 1: Vurdering NSD

Vurdering

 Skriv ut 28.12.2020 ▾**Referansenummer**

519850

Type

Standard

Dato

28.12.2020

Prosjektittel

Avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge
reinnleggelser hos eldre pasienter

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt
for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Tuva Sandsdalen

Student

Hanne Kristin Slåsletten

Prosjektperiode

04.01.2021 - 31.12.2021

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den
gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget
gjelder til 31.12.2021.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.12.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema-diktafon og Microsoft SharePoint/OneDrive er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.


Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

8.2 VEDLEGG 2: Vurdering prosjektsluttdato NSD

Vurdering

 Skriv ut 02.06.2022 ▾**Referansenummer**

519850

Type

Standard

Dato

02.06.2022

Prosjekttittel

Avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Tuva Sandsdalen

Student

Hanne Kristin Slåsletten

Prosjektperiode

04.01.2021 - 31.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.12.2022.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato.

Vi har nå registrert 31.12.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

Utsettelsen av sluttdato medfører at det er nødvendig å informere prosjektdeltakerne om ny dato.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Henriette N. Munthe-Kaas
Lykke til videre med prosjektet!

8.3 VEDLEGG 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

- Minne på formålet
- Minne på aldersgruppen det gjelder

Samtykkeerklæring

- Informasjon om hva samtykket innebærer
- Informanten avgir muntlig samtykke til å delta på forskningsprosjektet

Demografisk kartlegging

- Alder
- Kjønn
- Utdanning
- Total arbeidserfaring

Spørsmål

- Hvor jobber du? (institusjon, hjemmesykepleie)
- Har du en spesialisert stilling (stilling med krav om videreutdanning/masterutdanning) eller er du ansatt i en vanlig sykepleierstilling?
- Har du noen arbeidsoppgaver som ikke sykepleiere med bare grunnutdanning har?
- Kan du fortelle om dine erfaringer med eldre pasienter som reinnlegges i sykehus?
Hvordan arbeider du for å forebygge dette?
 - Hva er fremmende/hemmende faktorer i dette forebyggende arbeidet?
- Kan du fortelle om faktorer som forhindrer dette arbeidet mot reinnleggelser?
- Er det noe du vil tilføye før vi avslutter samtalen?

Hjelpespørsmål

- Kan du utdype dette?
- Kan du komme med ett eksempel på dette?
- Forstår jeg deg rett når du sier at ...?
- Kan du fortelle meg mer om ...?

8.4 VEDLEGG 4: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge reinnleggelser av eldre pasienter»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å kartlegge hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva det vil innebære for deg å delta.

Formål

Dette prosjektet er en del av masterstudie i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten ved Høgskolen i Innlandet, Campus Elverum. Formålet med prosjektet er å få kunnskaper om hvilke erfaringer avansert klinisk sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å forebygge reinnleggelser av eldre pasienter. Prosjektet har fokus på å se etter faktorer som fremmer og hemmer muligheten til å forebygge reinnleggelser hos eldre.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har avansert klinisk sykepleiere med å forebygge reinnleggelser hos eldre pasienter?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke faktorer erfares som fremmende i arbeidet med å forebygge reinnleggelser hos eldre?
2. Hvilke faktorer erfares som hemmende ved forebygging av reinnleggelser hos eldre?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet vil gjennomføres av masterstudent, Hanne Kristin Slåsletten. Ansvarlig for prosjektet er veileder til masterstudenten, førsteamanuensis Tuva Sandsdalen ved Høgskolen i Innlandet. Hun kan kontaktes på telefon 952 83 802 eller på e-post:

tuva.sandsdalen@inn.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er utdannet avansert klinisk sykepleier og arbeider i kommunehelsetjenesten. Flere utvalgte kommuner blir forespurt om å delta. Avdelingssykepleieren formidler kontakten på våre vegne, og vi kjenner ikke din identitet på forhånd og ikke før du eventuelt samtykker til å delta i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dette innebærer at du deltar i et individuelt intervju med undertegnede masterstudent. Tid og sted for gjennomførelse av intervjuet vil bli avtalt med deg senere. Intervjuet vil vare i ca. 1 timer. Vi har ingen andre opplysninger om deg enn at du er ansatt som avansert klinisk sykepleier i kommunehelsetjenesten, og vi vil heller ikke innhente opplysninger om deg fra andre kilder. Spørsmålene vil omhandle erfaringer rundt forebyggende arbeid mot reinnleggelser av eldre pasienter. Samtalen under intervjuet vil bli tatt opp via en app på mobiltelefon.

Det er frivillig og delta.

Det er frivillig og delta i prosjektet. Alle opplysninger rundt deg vil anonymiseres. Du kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, frem til masteroppgaven er ferdigstilt. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger.

Vi vil bare bruke opplysningene dine til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er prosjektveileder og masterstudenten som vil ha tilgang til lydopptak gjort via diktafon app. Dette lydopptaket vil bli lagret i en egen database. Navn og kontaktinformasjon på deltakere vil bli lagret adskilt på en egen liste som ligger innelåst adskilt fra lydopptak og datamaterialet. Navneliste, kontaktinformasjon og lydopptak vil bli slettet når prosjektet er avsluttet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 31.12.2022. når prosjektet er avsluttet vil alt innsamlet materiale (lydopptak, navneliste) bli slettet. Det blir ikke mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven, eller i en eventuell artikkel som kan bli publisert på et senere tidspunkt.

Dine rettigheter.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Datamateriale som inngår i ferdigstilt masteroppgave og/eller publisert artikkel vil ikke kunne slettes, men er anonymisert og det er da ikke mulig å gjenkjenne dine data.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Fakultetet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Innlandet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med en av følgende:

- Masterstudent Hanne Kristin Slåsletten på telefon 993 06 824 eller e-post hannekristin@outlook.com
- Prosjektveileder og prosjektansvarlig: Tuva Sandsdalen på telefon 62 43 02 26 eller på e-post tuva.sandsdalen@inn.no
- Vårt personombud: Anne Sofie Lofthus ved Høgskolen i Innlandet. Kan kontaktes på telefon 61 28 82 77 eller på e-post anne.lofthus@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post personverntjenester@nsd.no eller på telefon 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tuva Sandsdalen
Prosjektansvarlig og veileder

Hanne Kristin Slåsletten
Masterstudent

8.5 VEDLEGG 5: Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Avansert klinisk sykepleieres erfaringer med å forebygge reinnleggelser av eldre pasienter», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine behandlinger behandles fram til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2022.

Samtykket avgis muntlig på lydopptak når det individuelle intervjuet finner sted. Informasjon om samtykkeerklæring vil bli gitt i starten av intervjuet.