Sykepleieres erfaringer med unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter fra kommunal korttidsavdeling til sykehus

-en kvalitativ studie

Denusha Naguleswaran og Tuva Sandsdalen

Denusha Naguleswaran, Trondheim kommune,
denusha.naguleswaran@trondheim.kommune.no.
Tuva Sandsdalen, Universitetet i Innlandet

Sammendrag

Det er et økende antall geriatriske pasienter som blir re-innlagt fra kommunale tjenester til sykehus. Reinnleggelser som kunne vært unngått kan være en belastning for denne pasientgruppen og viktigheten av å forebygge dette løftes frem i sentrale dokumenter og tidligere forskning. Dette gjør at det er nødvendig å identifisere erfaringer som kan bidra til å redusere unødvendige reinnleggelser. Denne studien utforsker hvilke erfaringer sykepleiere i kommunale korttidsavdelinger har med unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter. Datainnsamlingen ble foretatt via individuelle semistrukturerte intervjuer med seks sykepleiere ved to ulike kommunale korttidsavdelinger. Funnene som fremkom var; «Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten plan for oppfølging», «Pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging» og «Viktig med godt tverrfaglig samarbeid». I funnene kom det frem at det er flere faktorer som kan bidra til økte unødvendige reinnleggelser. Forbedringstiltak bør rettes mot disse i både sykehus og kommunale korttidsavdelinger.

Nøkkelord

Sykepleier, erfaringer, unødvendige reinnleggelser, kommunale korttidsavdelinger, geriatriske pasienter.

Fagartikkel

https://doi.org/10.7557/14.7605
© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal lisens.

Innledning

Samhandlingsreformen ga en oppgaveforskyvning i norsk helsevesen, der intensjoner var økt fokus på forebygging og oppfølging i kommunehelsetjenesten, og redusert bruk av spesialhelsetjenesten (Med.St.47 (2008-2009)). En evaluering av samhandlingsreformen viser til utfordringer som eksempelvis; at liggetiden på sykehus ble redusert, antall sykehusinnleggelser økte, pasientforløpene for særlig eldre og skrøpelige pasienter ble mer oppstykket og kommunen manglet kompetanse til å ivareta pasienter med komplekse og sammensatte sykdommer og behov (Forskningsrådet, 2016). I etterkant av samhandlingsreformens oppstart har sannsynligheten for reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivelse fra sykehuset økt fra 15,2% i 2015 til 21.7% i 2022 (Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet, 2024). Helsedirektoratet påpeker at det er et ønske om å unngå unødvendige innleggelser på sykehus (Helsedirektoratet, 2024) fordi dette kan være en belastning for pasientene og pårørende samt en ressursmessig og økonomisk belastning for helsetjenestene

Pasienter over 67 år utgjorde en betydelig andel av alle reinnleggelser i norske sykehus i perioden 2012-2019 (Helsedirektoratet 2019). Reinnleggelser kan være belastende både for pasienten og deres familier, med tanke på reisen til og fra sykehuset og risikoen ved å være innlagt på sykehuset (Kurtz et al., 2017; Hauck & Zhao, 2011). Det som kjennetegner geriatriske pasienter, i tillegg til at de er eldre, er at de også har en kombinasjon av aldersforandringer, funksjonssvikt, kroniske sykdommer, komplekse behov og helseutfordringer (Ranhoff, 2020). De kan dermed være spesielt sårbare og utsatt for uønskede hendelser som reinnleggelse (Hauck & Zhao, 2011). Sykdom og aldring har et fellestrekk der begge fører til funksjonstap og øker risikoen for fatale konsekvenser. Det kan være utfordrende å tolke i hvor stor grad et symptom kan være en del av aldringsprosessen eller en sykdom (Nygaard & Bondevik, 2012, s.82). Aldersforandringer kan føre til at symptomene på forverring domineres av akutt funksjonssvikt. Symptomer hos geriatriske pasienter kan være diffuse som kan føre til at det blir utfordrende å oppdage det aktuelle problemet. (Ranhoff, 2020) Dette kan også gjøre det utfordrende å fange opp forverring tidlig, som kan gjøre denne gruppen ekstra utsatt for unødvendige reinnleggelser.

Unødvendige reinnleggelser ser ut til å være en økende utfordring nasjonalt og internasjonal (McPeake et al., 2024; Wieczorek-Wójcik et al., 2022; Glette et al., 2018). En av utfordringene er at det ikke finnes en konkret definisjon på hva unødvendige innleggelser innebærer, men det beskrives ofte som en reinnleggelse som kunne vært forebygget (Helsedirektoratet, 2021). Det finnes dermed ingen oversikt over antall unødvendige reinnleggelser. Internasjonalt er det beskrevet at opp mot 30% av alle reinnleggelser kunne vært forebygget (Auerbach et al, 2016; van Walraven et al, 2011). Tiltak som beskrives for å redusere unødvendige reinnleggelser fra kommunen er eksempelvis kompetanseheving, en god

utskrivningsprosess ved overflytting og bedre ressurser i kommunen (Med.St.47, 2008-2009; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013; Folkehelseinstituttet, 2017; Meld.St.15, 2017-2018; Helsedirektoratet, 2021; Riksrevisjonen, 2016). Andre tiltak som er beskrevet er tettere sykepleieoppfølging av pasienten (Wieczorek-Wójcik et al., 2022), økt bemanning og økt kompetanse, tilstrekkelig legedekning samt tilstrekkelig dokumentasjon og kommunikasjon (Glette et al., 2018;).

En korttidsavdeling er en avdeling som tilbyr pasienter opphold som ertidsbegrenset (Folkehelseinstituttet, 2023). Korttidsavdelinger benyttes for å observere, utrede pasienter og til å avlaste pårørende (Hauge, 2013, s.224). Kjennetegn ved pasientene i korttidsavdelingene er at de trenger en tett oppfølgning og 60% av pasientene som blir innlagt er eldre (Helsedirektoratet, 2016). Kommunale korttidsavdelinger er organisert på ulike måter fra kommune til kommune. Dette kan være fra antall senger, liggetid og avstand til sykehuset (Hermansen & Grødem, 2013).

Kunnskap om helsepersonells erfaringer når det gjelder unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter fra kommunale korttidsavdelinger til sykehuset, kan bidra med viktig kunnskap for å få en økt forståelse av hvorfor pasientene blir unødvendig reinnlagt og hva som kan bidra til å forebygge dette. Tidligere nasjonale og internasjonale studier om erfaringer med reinnleggelser omhandler pasientens eller helsepersonell sine erfaringer angående reinnleggelser fra hjemmet eller andre institusjoner i kommunen til sykehus (Glette et al., 2018; Lilleheie et al., 2020; Zakaria et al., 2020). Disse studiene omhandler pasienter med spesifikke sykdommer. Lorentzen, 2020, viser også at sykepleiere erfarer at pasientene i kommunehelsetjenesten har blitt dårligere. Lav bemanning, dårlig samhandling mellom sykehuset, dårlig tverrfaglig samarbeid, oppstykket pasientforløp og økt arbeidsmengde er andre erfaringer som fremkommer i disse studiene (Brodtkorb et al. 2021 & Glad et al., 2018; Glette et al., 2018. & Lilleheie et al., 2020).

Tidligere forskning har i hovedsak hatt fokus på eldre generelt og i liten grad omhandlet den geriatriske pasienten (Lilleheie et al., 2020). Det kan se ut til å mangle studier som undersøker sykepleieres erfaringer med reinnleggelser av geriatriske pasienter fra korttidsavdelinger. Det er viktig å undersøke denne gruppen pasienter spesielt, fordi den utgjør en stor andel av pasientene i denne avdelingen og av pasienter som blir reinnlagt. Og sykepleierne, som har tett kontakt med pasientene, kan bidra med viktig kunnskap. Ut ifra dette var hensikten med denne studien å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med unødvendige reinnleggelse av geriatriske pasienter fra kommunale korttidsavdelinger til sykehuset.

Om studien

Denne studien anvendte kvalitativ metode med bruk av semistrukturert individuelle intervjuer for å få innsikt i sykepleieres erfaringer med unødvendige reinnleggelser (Kvale & Brinkmann, 2018). Inklusjonskriteriene var; utdanning som sykepleier, jobbet fast på kommunal korttidsavdeling i minst seks måneder og hadde erfaring med unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter. Det var i tillegg ønske om variasjon i alder, arbeidserfaring, kjønn, størrelse på de kommunale korttidsavdelingene og avstand fra sykehuset for å få variasjon i erfaringene med unødvendige reinnleggelser (Malterud, 2018, 135). Rekrutteringsprosessen ble gjort gjennom kommunalsjefen, enhetslederen og avdelingslederen. Informantene ble rekruttert gjennom avdelingsledere som informerte om studien til sykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene og ønsket å delta i studien.

Seks sykepleiere takket ja til deltagelse og disse arbeidet ved to rurale kommunale korttidsavdelinger i Midt-Norge som hadde 15-20 senger med liggetid på maks 14 dager. (se Tabell 1). Begge de kommunale korttidsavdelingene var like store og var plassert langt fra sykehuset.

Tabell 1. Beskrivelse av informantene

Alder	30-65 år
Arbeidserfaring som sykepleier	10-40 år
Arbeidserfaring på denne avdelingen	2-15 år
Fast stilling	6
Stillingsprosent	65% - 100%

Datasamling

De individuelle intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2023. Det ble utarbeidet en intervjuguide med bakgrunn i hensikten med studien (Tabell 2). Det ble også brukt hjelpespørsmål under intervjuet for å utdype erfaringene, som for eksempel; «kan du si mer om..» og «kan du utdype…». Intervjuguiden ble pilottestet av en informant. Det ble ikke gjort endringer i intervjuguiden som følge av pilottesten. Denne informanten ble derfor inkludert i datainnsamlingen.

Tabell 2. Intervjuguide

Demografiske spørsmål	Hovedspørsmål
● Alder? ● Hvor lenge har du jobbet som sykepleier? ● Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen som sykepleier? ● Har du noe videre/masterutdanning? Eventuelt i hva? ● Hvor lenge har du jobbet innen helse etter at du har tatt denne utdannelsen? ● Jobber du fast på denne avdelingen? ● Hvor stor stilling har du?	«Hva tenker du når du hører ordet unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter?» «Hvilke erfaringer har du med unødvendige reinnleggelser fra din avdeling?» «Kan du fortelle om en situasjon der du erfarte en unødvendig reinnleggelse på din avdeling?»

Alle intervjuene ble gjennomført fysisk på avdelingen til informantene i deres arbeidstid. Fem av de seks intervjuene ble tatt opp på lydopptak (nettskjema diktafon). En informant ønsket ikke at det skulle tas lydopptak, og det ble derfor benyttet notater fra dette intervjuet. Intervjuene ble gjennomført av D.N., som ikke hadde relasjon til informantene. Varigheten på intervjuene var 30-45 minutter. Lydfilene ble deretter transkribert.

Analyse

Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode (Malterud, 2012). Analysen besto av fire trinn. Et eksempel på analyse vises i tabell 3. Første trinn innebærer å lytte gjennom lydopptakene, transkribere for å bli godt kjent med dataene og identifisere innledende temaer. Det andre trinnet besto av å gjøre en systematisk gjennomgang for å organisere materialet. I dette trinnet ble meningsbærende enheter identifisert og de meningsbærende enhetene som hadde samme innhold ble samlet i en foreløpig kodegruppe. I dette trinnet av analysen ble det identifisert fem forskjellige kodegrupper. Tredje trinnet omhandler kondensering, å gå fra koder til meningsinnhold. Kondensat ble utviklet fra sitatene til informantene. Kondensatene fra intervjuene ble deretter plassert inn under de identifiserte kodegruppene. Hver kodegruppe ble gjennomgått for å identifisere nyanser eller ulike aspekter som kom frem fra de ulike informantene, som kunne beskrives som subgrupper. Etter at kondenseringen ble utført ble det oppdaget at det var flere kondensater som kunne passe under flere kodegrupper. Dette førte til at kondensatene ble flyttet til ulike kundegrupper, eller at kodegruppene fikk nye navn som passet bedre til innholdet. Dette arbeidet krevde at vi gikk frem og tilbake

mellom intervjuene, kondensatene og kodegruppene. Forfatterne arbeidet sammen i alle trinn

Tabell 3. Eksempel på analyse

Meningsbærende enhet	Kondensat	Subkategori	Kategori
Da tenker jeg at kanskje det er for lite avklart. Eller at dem er for dårlig egentlig til å komme på en korttidsavdeling. At de rett og slett skulle ha vært litt lengre.	Pasientenes situasjon er for lite avklart, eller er for dårlig til å komme på en korttidsavdeling,og skulle vært lengre på sykehuset.	Pasientenes situasjon er uavklart ved utskrivning til korttidsavdeling.	Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten plan for oppfølging.
Har en del dårlige pasienter, og føler at de blir dårligere når de kommer fra sykehuset med tiden.	Mange dårlige pasienter blir dårligere når de kommer på avdelingen fra sykehuset.	Må tåle dårlige pasienter.	Pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging.
Vi har leger her og nå har vi økt legevisittene. Nå har vi legevisitt fire ganger i uken. Før hadde vi to. Og det kan jo hjelpe på.	Økt lege tilgjengeligheten og dette kan hjelpe.	Viktig med lege tilgjengelig på avdelingen.	Viktig med godt tverrfaglig samarbeid.

Etikk

Studien ble godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (prosjekt nr. 831263). Studien ble veiledet av fire forskningsetiske prinsipper: prinsippet om autonomi, å gjøre godt, ikke å gjøre skade og rettferdighet (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003, s.8). Gjennomføringen av studien ble godkjent av kommunalsjefene i de respektive kommunene. Informantene ble informert om studien skriftlig og muntlig før intervjuet. Sykepleierne ble spurt om å delta i studien av sine ledere. Dette kan ha bidratt til at de følte seg forpliktet til å delta og kan påvirke svarene de gir. Samtidig ble det presisert før hvert intervju, både muntlig og skriftlig at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når de ønsket det. Det ble innhentet skriftlig og muntlig samtykke til deltagelse fra informantene. Personopplysningene (samtykkeskjema) ble lagret innlåst og adskilt fra data. Lydfilene ble lagret på nettskjema og de avidentifiserte dataene ble lagret på passordbeskyttet forskerserver.

Funn

Det ble identifisert tre kategorier som beskrev hvilke erfaringer sykepleiere hadde med unødvendige reinnleggelse av geriatriske pasienter fra kommunale korttidsavdelinger til sykehuset 1) Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten

plan for oppfølging, 2) Pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging og 3) Viktig med godt tverrfaglig samarbeid. Det fremkom sub-kategorier under hver kategori som er presentert i tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over kategorier og subkategorier

Kategori	Subkategori
Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten plan for oppfølging	Pasientenes situasjon er uavklart ved utskrivning til korttidsavdeling
	Videre plan for oppfølging mangler
	Ugunstig tidspunkt og kort varsel ved utskriving til korttidsavdeling
Pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging	Må tåle dårligere pasienter
	Behov for økt kompetanse
	Erfaring fører til økt trygghet
Viktig med godt tverrfaglig samarbeid	God tverrfaglig oppfølging i avdelingen
	Viktig med lege tilgjengelighet på avdelingen

I funnene kom det fram at sykepleierne mener at unødvendige reinnleggelser var reinnleggelser som kunne vært unngått eller forebygget fra både sykehuset og fra kommunens side.

Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten plan for oppfølging

Informantene erfarte at sykehuset skrev ut geriatriske pasienter for tidlig til kommunale korttidsavdelinger når pasientens situasjon var uavklart, videre plan for oppfølging manglet og pasientene ble utskrevet på ugunstige tidspunkt og med kort varsel og at dette kunne føre til unødvendige reinnleggelser. Informantene fortalte om deres oppfatning av hva som kunne ha blitt gjort fra sykehus sin side for å unngå dette.

<u>Pasientenes situasjon er uavklart ved utskrivning til korttidsavdeling</u>

Informantene erfarte at unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter kunne oppstå fordi de ble skrevet ut til en kommunal korttidsavdeling for tidlig fordi pasientens situasjon var uavklart. Her erfarte informantene at pasienten–ikke var ferdigbehandlet på sykehuset før de ble sendt videre. De har opplevd at noen pasienter har kommet på korttidsavdelingen med ustabile vitale parametere og at pasienten kunne ha hatt et lengre opphold på sykehuset for å ha stabilisert situasjonen. De erfarte at disse faktorene hadde bidratt til å øke faren for unødvendige reinnleggelser. *«Da tenker jeg at de er skrevet ut av sykehuset for tidlig. At dem er på en måte ikke helt avklart.» (Informant 2)*

Videre plan for oppfølging mangler

Informantene erfarte at pasienten kom til korttidsavdelingen med utydelige epikriser. Dette kunne være for eksempel medisinering som var uavklart, opplysninger som ikke var skrevet tydelig eller at pasienter kommer med plan relatert til kun det aktuelle, men ikke en plan dersom situasjonen skulle endre seg. Dette har ført til at informantene opplevde at de savnet en videre plan for en mer helhetlig oppfølging når de kommer fra sykehuset.

> *«Og det er ofte liksom at de har en plan om hvordan det er akkurat nå, men ikke om hvorvidt situasjonen skulle endre seg. Og da må de inn da ofte for en vurdering, men det trenger ikke å være årsaken til hvorfor de kom til oss i utgangspunktet. Så vi savner noen ganger det helhetlige når de kommer fra sykehuset.» (Informant 3)*

Ugunstig tidspunkt og kort varsel ved utskriving til korttidsavdeling

Informantene hadde opplevd at nye pasienter ble innlagt i korttidsavdelingen på ettermiddagen. Dette har ført til at pasienter ikke fikk tilsyn av avdelingslegen som kunne ha satt i gang tiltak ved forverring av helsesituasjonen eller utarbeidet en plan videre. Det er få sykepleiere på avdelingen på kvelden i forhold til på dagvakt, noe som kan føre til at forverring i helsetilstanden til pasienten ikke blir oppdaget og behandlet tidlig nok. Sykepleiere opplevde også at de ofte sto alene på kveldstid og på helg. Informantene mente at dette burde planlegges bedre med tanke på pasienten og bemanningen på avdelingen. *«Men vi ønsker selvsagt at de kommer på dagtid, og da er det også bedre sykepleier dekning her og da enn på helg, ettermiddag og kveld da de stort sett bare er én.» (Informant 4)*

Pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging

Flere informanter fortalte at de fleste pasienter som kom på korttidsavdelingen hadde en sammensatt sykehistorie og at det hadde blitt lavere terskel for å sende dårligere og mer komplekse pasienter ut til kommunehelsetjenesten. Informantene fortalte om deres erfaring med tiltakene som de hadde på avdelingen som bidro til at de klarte å håndtere komplekse pasienter med behov for avansert oppfølging og eventuelt forebygge unødvendige reinnleggelser.

Må tåle dårlige pasienter

Informantene erfarte at pasientene var dårligere når de kommer på korttidsavdelingen nå enn tidligere. De fleste pasienter var geriatriske pasienter med flere samtidige sykdommer og utfordringer. Informantene erfarte at dette har ført til at kommunehelsetjenesten har blitt bedre til å ta imot og håndtere denne pasientgruppen. Informantene mente at de mestret mer avansert oppfølging på avdelingen nå enn de gjorde før og at de tålte at pasienten ble dårlig før de eventuelt måtte reinnlegges på sykehuset. Informantene uttrykte at det var viktig for dem og at de var stolte av å kunne mestre og behandle pasienten i egen kommune og ikke

belaste pasienten med å sende dem tilbake til sykehuset unødvendig. *«... Vi tåler at de blir dårlig før vi legger dem inn og vi ønsker å behandle dem i egen kommune. Og sett inn ressurser på det.» (Informant 2)*

Behov for økt kompetanse

Informantene erfarte at det har blitt behov for økt kompetanse i kommunen ettersom de får geriatriske pasienter som har mer komplekse og sammensatte behov enn før. Noen informanter opplevde at deres avdeling hadde økt kompetansen hos de ansatte i takt med at pasientene krevde mer avansert kartlegging og oppfølging, mens andre opplever at de ikke klarer å oppnå det kompetansenivået pasienten har behov for. *«Jeg mener selv at vi har altfor lite kursing her. Jeg mener at det er litt dårlig med opplæringsplaner…» (Informant 6)* Når informantene ikke hadde nok kompetanse for å utføre helsehjelpen, kunne dette øke risiko for pasientene og bidra til økt fare for unødvendige reinnleggelser. Til tross for dette, erfarte informantene at det fortsatt var lite unødvendige reinnleggelser. Informantene mente at dette kunne være fordi de hadde rutiner som fungerte og jobbet proaktivt.

> *«Vi gir informasjon til pasienten ved innkomst. Om plan og hvordan vil du gjøre det og hva de bør be om hjelp til eller bistand eller, det tar vi også endel under innkomstsamtalen. Kartlegger litt å sette i gang tiltak... Både før og etter og hva som skal skje i tiden fremover. Det å klare seg hjem er et mål eller hva som er planen.» (Informant 5)*

Informantene erfarte at det var behov for å øke kompetansen for andre yrkesgrupper også, som for eksempel helsefagarbeidere og ufaglærte. Flere av informantene beskrev at de hadde et stort ansvar ettersom det var flere sykepleieroppgaver og dårligere pasienter som trengte tettere og mer avansert oppfølging. Informantene erfarte at helsefagarbeidere måtte gjøre mer av de oppgavene som sykepleiere gjorde tidligere, både på grunn sykepleiermangel og fordi pasientene var dårligere nå enn tidligere. Nå og fremover var de avhengig av at helsefagarbeidere bidrar med å gjøre undersøkelser og samle inn informasjon. Det vil kreve kompetanseheving for å ivareta disse oppgavene på en forsvarlig måte. Men informantene mente at dette ville kunne frigjøre tid for sykepleieren til å få oversikt og kunne fange opp endringer tidligere som kan føre til å redusere unødvendige reinnleggelser.

> *«Vi er jo i fremtiden avhengig av at det ikke bare sykepleierne kan gjøre alle undersøkelsene, men at de har med seg helsefag til å undersøke, samle informasjon. Da blir man en større gruppe som man kan utføre god pleie og omsorg og være i forkant ...» (Informant 2)*

Erfaring fører til økt trygghet

Informantene erfarte at de klarte å håndtere dårlige og sammensatte pasienter og forebygge unødvendige reinnleggelser på grunn av faglig trygghet og at denne tryggheten har kommet med erfaring. De fleste informantene erfarte at de var faglig

trygge på arbeidsoppgavene fordi de hadde lang erfaring og kontroll. Informantene erfarte at de var trygge på å ta nødvendige målinger, mestret mer avansert oppfølging og klarte å ta selvstendige vurderinger. Dette mente de bidro til å unngå unødvendige reinnleggelser.

> *«Vi har jo hatt en del dårlige pasienter. De blir jo på en måte dårligere når de kommer fra sykehuset.. Men samtidig så har man også blitt vant til det og tilrettelagt, liksom at man er trygg på en måte å ta målinger, vi har jo mye som kan hjelpe oss med... Det er mye vi får gjort her og.» (Informant 3)*

Viktig med godt tverrfaglig samarbeid

Informantene erfarte at de hadde godt tverrfaglig samarbeid og legedekning på alle avdelingene. Informantene mente at ved å ha god tilgang til lege, ergoterapeuter og fysioterapeuter gjorde det lettere å følge opp pasientene med tanke på deres mål for oppholdet, noe som kanskje har bidratt til at de ikke har så mange unødvendige reinnleggelser på avdelingen.

<u>God tverrfaglig oppfølging i avdelingen</u>

Informantene erfarte at det var viktig at sykepleiere stolte på og samarbeidet med hjelpepleierne. Det er viktig at sykepleieren kjente til kunnskapen og erfaringen til medarbeidere slik at de kunne delegere oppgaver når det var nødvendig. Dette ga dem også en mulighet til å dele kunnskapene og erfaringene sine og kunne bedømme utfordrende situasjoner sammen. Avdelingene til informantene hadde både ergoterapeut og fysioterapeut til stede i egen enhet som gjorde at de var lettere tilgjengelig og den tverrfaglige oppfølgingen ble godt ivaretatt. Dette bidro til at pasienten blir fulgt opp godt på avdelingen var en viktig faktor for å unngå unødvendig reinnleggelse. *«Vi har både fysioterapeut og ergoterapeut her. Så den tverrfaglige biten er jo godt ivaretatt.» (Informant 2)*

<u>Viktig med lege tilgjengelighet på avdelingen</u>

Informantene erfarte at økning i antall legevisitter hadde en stor betydning i hverdagen deres og kanskje bidro til at de ikke hadde så mange unødvendige reinnleggelser på avdelingene. Dette har ført til at pasientene kunne få mer hjelp på avdelingen. Det at tilsynslegen har blitt mer tilgjengelig har medført mindre bruk av reinnleggelser på legevakten for å få legetilsyn. Informantene erfarte at ved å øke legevisittene fikk pasientene en bedre oppfølgning på avdelingen og at de har kunnet være mer i forkant for å forhindre forverring av pasientsituasjoner. Informantene følte seg også tryggere når det var hyppigere legevisitt og at legen var lettere tilgjengelig. *«Jeg føler ikke at vi har hatt mye reinnleggelser… Men vi har jo mye legevisitt og det tror jeg hjalp mye på.» (Informant 3)*

Diskusjon

Det fremkom tre kategorier som beskrev informantenes erfaringer med unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter; Sykehuset skriver ut pasienter for tidlig uten plan for oppfølging, pasienter med komplekse behov krever avansert oppfølging og viktig med godt tverrfaglig samarbeid.

Informantene erfarte liten grad av unødvendige reinnleggelser, til tross for at de hadde geriatriske pasienter med komplekse og sammensatte behov. Sykepleierne i denne studien beskrev unødvendige reinnleggelser som reinnleggelser som kunne vært unngått eller forebygget, som er i tråd med Helsedirektoratets beskrivelse (Helsedirektoratet, 2021). Informantene erfarte også at de fleste unødvendige reinnleggelser de hadde på avdelingene var mest relatert til akutte hendelser/akutt forverring og ikke direkte til innleggelsesårsaken.

Funnene i studien kan forstås i lys av samhandlingsreformen, der kommunen har fått en ny rolle, noe som har ført til at pasienter har kortere liggetid på sykehuset før de blir sendt videre til kommunen. Samhandlingsreformen hadde et mål om at kommunehelsetjenesten skulle kunne yte mer helhetlig pasient tilnærmet helsehjelp (Med.St.47 (2008-2009)). Informantene forbant unødvendige reinnleggelser med pasienter som ble reinnlagt fordi de blir skrevet ut til kommunale korttidsavdelinger for tidlig. Flere studier støtter disse funnene om at helsepersonellet erfarer at liggetiden på sykehuset har blitt kortere, noe som har ført til at pasienter blir utskrevet tidligere enn før og at pasientene er derfor sykere enn før (Grimsmo, 2013; Lilleheie et al., 2020). Studien til Lorentzen et.al. har identifisert tre hovedgrunner til reinnleggelser; akutt forverring av kronisk sykdom, mangelfull oppfølgning etter at pasienten blir utskrevet til kommunal tjeneste og at helsetilstanden til pasienten ikke var godt nok utredet før utskrivelse fra sykehuset (2020). I tillegg beskrives det at manglende kontinuitet i oppfølgingen kan bidra til forsinkelse med å sette i gang tiltak som kan føre til reinnleggelse (Smebye, 2022). Ifølge informantene er unødvendig reinnleggelse, reinnleggelser som kunne ha vært unngått. Flere av årsakene til reinnleggelser kunne vært møtt med forebyggende tiltak som eksempelvis økt kompetanse og tettere oppfølging av geriatriske pasienter med komplekse behov samt bedret samhandling om utskriving (Med.St.47, 2008-2009; Wieczorek-Wójcik et al., 2022; Glette et al., 2018;).

Informantene erfarer at spesialisthelsetjenesten har et kort tidsperspektiv, der de fokuserer på sykdomsbildet per nå. Kommunehelsetjenesten har et lengre tidsperspektiv og med mulighet for helhetlig oppfølging (Smebye, 2022). Lilleheie et al. har undersøkt uformelle omsorgspersoner sine erfaringer med kvalitet på helsetjenestene i sykehus de første 30 dagene etter sykehusinnleggelse (2020). Disse informantene erfarte at hovedfokuset for helsetjenesten var å være effektive og skrive ut pasientene så fort som mulig (Lilleheie et al., 2020), som delvis støtter funnene i denne studien. Informantene erfarte også at pasienter ofte ble skrevet ut

til en kommunal korttidsavdeling på kveldstid, da det var få sykepleiere og ingen tilsynslege tilstede. I slike situasjoner har sykepleiere i mindre grad mulighet til å rådføre seg med andre sykepleiere dersom man er usikker, og faren for reinnleggelse øker fordi de kjenner på utrygghet av å stå alene i situasjonen. Sykehusets utskrivningspraksis har vært undersøkt, hvor man fant at leger og sykepleiere ved sykehus erfarte at pasientene skrives ut i rett tid, men sykepleiere i kommunen opplevde at pasienten ble skrevet ut for tidlig, med et høyere antall utskrivelser før helg og at de ikke involveres i utskrivningsprosessen (Kommunesektorens organisasjon (KS), 2021). Viktige tiltak kan se ut til å være et økt samarbeid mellom sykehus og kommune om utskrivningsklare pasienter og helhetlig pasientforløp (NOU 2023:8). Dette blir spesielt viktig for geriatriske pasienter som opplever større grad av fragmenterte tjenester.

Informantene erfarte at det var en økning i geriatriske pasienter. Geriatriske pasienter kan ha et sammensatt sykdomsbilde, bruke flere forskjellige faste legemidler som kan kamuflere symptomer ved forverring av helsetilstanden og kan ha komplekse behov. Dette gjør at det er viktig at sykepleiere klarer å utføre grundige kliniske observasjoner og kan fange opp forverringer tidlig, for å forebygge unødvendige reinnleggelser (Smebye, 2022). Samhandlingsreformen hadde som intensjon at en større del av behandling og oppfølging skulle skje i kommunehelsetjenesten. (Med.St.47 (2008-2009)). Dette gjør at kommunen må kunne håndtere geriatriske pasienter med komplekse behov og økt behov for avansert og tett oppfølging, samtidig mestre en helhetlig tilnærming.

Økt erfaring med komplekse pasienter med behov for avansert oppfølging har ifølge informantene ført til at ansatte i kommunale korttidsavdelinger har økt sin kompetanse. Studien til Grimsmo, 2013 støtter dette funnet om at pasienter som blir sendt over til kommunale korttidsopphold har en sammensatt sykehistorie og krever større kompetanse enn tidligere. For å kunne mestre dårligere pasienter og unngå unødvendige reinnleggelser er det essensielt at helsepersonellet som jobber med disse pasientene er kompetente nok til å identifisere behov, kartlegge og følge opp komplekse pasienter (Helsedirektoratet, 2018). Dette bekreftes også i Kompetanseløftet 2025 som påpeker at helse-og omsorgstjenesten skal sørge for å ha tilstrekkelig og kompetent helsepersonell (Helsedirektoratet, 2021). Tidligere forskning viser derimot at sykepleiere manglet tilstrekkelig opplæring for å møte utfordringene i arbeidshverdagen (Hovland et al, 2015). På en annen side så kan det se ut til at kompetanseløftet i kommunen har begynt å få effekt ettersom sykepleiere i denne studien opplever å ha fått økt kompetanse og var stolte over å kunne mestre komplekse pasienter. Det var også en variasjon mellom hvordan informantene som var nyutdannet og sykepleiere med flere års erfaring erfarte situasjoner der pasientene var dårlige og sto i fare for å bli reinnlagt. Informantene som hadde mye erfaring, opplevde at de var trygge i rollen sin og klarte å håndtere dårlige pasienter og dermed forebygge unødvendig reinnleggelser. Disse sykepleiere erfarte at denne

tryggheten kom med erfaring. Tidligere studier støtter dette funnet og beskriver at uerfarne sykepleiere var usikre på deres evne til å håndtere komplekse situasjoner som kunne føre til unødvendige reinnleggelser (Glette, et al., 2018, s.10).

Informantene i studien mente det var viktig å løfte kompetansen til annet helsepersonell som helsefagarbeidere og ufaglærte. Dette støttes i sentrale føringer, som også påpeker at oppgaveforskyvning kan frigi tid for sykepleiere til å følge opp de komplekse pasientene bedre (Helse-og omsorgsdepartementet, 2022). Til tross for at det er et stort behov for et kompetanseløft, så er det per i dag lite forskning på behovet og tilgjengeligheten for kompetansen (Fagerström, 2019, s.161). Denne studien bidrar med kunnskap om erfaringene til sykepleiere med å kunne håndtere dårlige pasienter i kommunen. Utdanning innen avansert klinisk allmennsykepleier (AKS) har vært en satsing som skal bidra til å videreutdanne sykepleiere til å ha breddekompetanse i å mestre komplekse sykepleierfaglige problemstillinger og ha omfattende kompetanse innen vurdering og beslutningstaking (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, §2). AKS vil kunne være en viktig ressurs for å heve kompetansen i kommunehelsetjenesten for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte i fremtiden, også i korttidsavdelinger.

Informantene erfarer at avdelingen deres har utarbeidet gode rutiner for tverrfaglig samarbeid, som for eksempel tverrfaglig midtrapporter. Et av formålene med en tverrfaglig oppfølging er å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser (Helse-og omsorgsdepartementet, 2022, s.38). Det tverrfaglige samarbeidet bør være den grunnleggende metode i oppfølgning av geriatriske pasienter med tanke på deres sammensatte og komplekse helsesituasjon. Informantene erfarte at å ha ulike yrkesgrupper tilgjengelig på avdelingen hadde en stor betydning for det tverrfaglige samarbeidet. Tidligere studie støtter funnene fra denne studien om at pasienten kan få et bedre forløp og redusere reinnleggelser ved å samhandle i det daglige arbeidet, utvikle et tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeide på tvers av nivåene i helsetjenesten (Brodtkorb et al., 2021).

Informanter erfarte at økning i dager med legevisitt har hatt en stor betydning i hverdagen deres og kan ha bidratt til at det ikke var mye unødvendige reinnleggelser på avdelingene. Informantene erfarte at det hadde blitt mindre bruk av legevakt ettersom tilsynslegen var tilgjengelig og at dette førte til en bedre kontinuitet i oppfølging av geriatriske pasienter og kunne forebygge forverring i større grad enn tidligere. Kontinuitet i vurdering og behandling er viktig for å ivareta pasientsikkerhet (Meld.St.10 (2012-2013)). Informantene i denne studien opplever at de har godt samarbeid med legene. Dette er motsvarende funn studien til Bondevik et al. hvor det kom frem at pleiere på norske sykehjem skåret lavt når det gjaldt samarbeid (2017). På andre siden viser tidligere forskning at det er et tett samarbeid mellom legen og sykepleiere om medisinsk behandling, behandlingsavklaring og legemiddelgjennomgang (Brodtkorb, 2021, s.7). Samlet

løfter begge funnene i denne studien og tidligere studier frem viktigheten av tverrfaglig samarbeid og tilgang til tverrfaglige kompetanse, og spesielt løftes frem tilgang til lege for å forebygge unødvendige reinnleggelser.

Det var overraskende at ingen av informantene beskrev erfaringer omkring samhandling og samarbeid på tvers av tjenestenivåer, og da spesielt med sykehuset. Tidligere studier har vist at dette er viktig for å unngå reinnleggelser og unødvendig reinnleggelser (Lorentzen, 2020).

Styrker og svakheter ved studien

Kvalitativ metode ble valgt til å få mer innsikt i sykepleiernes opplevelser, tanker og erfaringer med unødvendige reinnleggelser av geriatriske pasienter fra korttidsavdeling til sykehuset (Malterud, 2018). Studiens styrker er blant annet at det ble inkludert seks sykepleiere fra to ulike kommunale korttidsavdelinger, hvor de individuelle intervjuene bidro til at informantene fikk mulighet til å dele sine erfaringer fra deres perspektiv. Alle informantene bidro til intervjuer med rikt og variert innhold. Intervjuguiden ble pilottestet, som også er en styrke.

En av informantene ønsket ikke lydopptak. Det ble gjort notater fra dette intervjuet som ble anvendt. Dette kan være en svakhet, ved at ikke alle erfaringer blir nedtegnet. Samtidig var intervjueren bevisst på, og fikk bekreftet, at nedtegningene som ble gjort var i tråd med informantens erfaringer.

Begge forfattere er sykepleiere og har erfaringer med pasientgruppen og reinnleggelser. Kun førsteforfatter har erfaring fra den aktuelle avdeling typen. For å unngå at forforståelsen vår påvirket analysen og funnen, reflekterte vi over våre erfaringer og forsøkte å legge dem bort og sikre at informantenes erfaringer fremkom. Funnen som fremkom ble diskutert i fellesskap, og kontinuerlig sjekket opp mot informantenes erfaringer. Sitater fra informantene ble anvendt for å underbygge funnene i studien.

Det var seks informanter fra to små kommuner og som hadde en lang avstand til sykehuset som ble inkludert i studien. Det ble forsøkt å rekruttere flere informanter fra ulike typer kommuner og korttidsavdelinger, men dette var utfordrende på grunn av COVID-19 pandemien. Det kan være at sykepleiere fra større kommuner og med nærhet til sykehus har andre erfaringer knyttet til problemstillingen. Det er viktig at en derfor er forsiktig med å overføre funnene før dette er bekreftet i studier som inkluderer større kommuner og nærhet til sykehus. Samtidig underbygger tidligere studier fra lignende kontekster og pasientgrupper noen av funnene i denne studien. Dette styrker overførbarheten av funnene.

Konklusjon

Erfaringer sykepleiere har med unødvendige reinnleggelse av geriatriske pasienter fra kommunale korttidsavdelinger til sykehuset omhandlet at Sykehuset skriver ut

pasienter for tidlig kommunale korttidsavdelinger uten plan for oppfølging, samt at pasienter har komplekse med behov for mer avansert oppfølging enn tidligere. For å ivareta denne pasientgruppen og redusere unødvendige innleggelser erfarer sykepleierne at det er viktig med økt kompetanse og tverrfaglig samhandling.

Denne studien støtter tidligere forskning om kunnskap og forbedringsområder som kan danne grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak og forhindre unødvendige reinnleggelser. Dette gjelder særlig behovet for kompetanseheving i kommunehelsetjenesten og spesielt for nyutdannede sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. I tillegg fremkom viktigheten av tilgjengelighet av lege og sykepleiere i korttidsavdelingene, samt god samhandling innad i avdelingen. Men det er behov for å bekrefte funnene i større studier som inkluderer flere deltagere fra ulike typer korttidsavdelinger.

Litteraturliste

Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP, et al. (2016). Preventability and causes of readmissions in a national cohort of general medicine patients. *JAMA internal medicine*, 176(4):484-93. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863

Bondevik, G.T., Hofoss, D., Husebø, B.S. & Deilkås, E.C.T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC health services research,* 17(1). 424-424. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2387-9

Brodtkorb, K., Skaar, R. & Slettebo, Å. (2021). Samhandling for gode pasientforløp i korttidsavdeling på sykehjem. *Sykepleien*, Nr.16(83308): e-83308. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.83308

Fagerström, L.M. (Red.). (2019). *Avansert klinisk sykepleie.* Gyldendal.

Folkehelseinstituttet. (2017*). Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/30-dagers reinnleggelse-etter-sykehusopphold-resultater-2016.pdf

Folkehelseinstituttet. (2023, 10. januar). *Korttidsavdelinger*. https://www.fhi.no/nettpub/smittevern-i-planlegging-og-utforming-av-heldogns-omsorgsplasser/alle-kapitler/korttidsavdelinger/

Forskningsrådet (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. (2020 (LOV-2005-04-01-15) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45

Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, Ås. (2017). *Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister, Ås kommune, Akershus*.

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-10-25-1697

Glette, M.K., Røise, O., Kringeland, T., 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(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3769-3

Glad, T., Olsen, H.T. & Clancy, A. (2018). Promoting nursing competence in municipal healthcare services: An interview study of experienced nurses´perceptions. *Nordic Journal of Nursing Research,* 38(3). 135-142. https://doi.org/10.1177/2057158517721833

Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien*. 8(2):148-155. https://doi-10.4220/sykepleienf.2013.0053

Hauck, K. & Zhao, X.(2011). How Dangerous is a Day in Hospital? A Model of Adverse Events and Length of Stay for Medical Inpatients. *Medical care.* 49(12), 1068-1075. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31822efb09

Hauge, S. (2013). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.-H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (219-236). Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2016). *Samhandlingsstatistikk 2014-15*. (Rapport IS-2427). Helsedirektoratet. Https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 30.januar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov.* https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov

Helsedirektoratet. (2024*). Utskrivningsklare pasienter - utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning - reinnleggelse.* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utskrivningsklare-pasienter--utvikling-og-variasjon-i-spesialisthelsetjenesten-og-forlop-etter-utskrivning/reinnleggelser

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning.* https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-avsykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning

Helsedirektoratet. (2021). *Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen Vurderinger og anbefalinger. (IS-3014)* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-onsket-innretning-av-utskrivingsprosessen/Utredning%20av%20ønsket%20innretning%20av%20utskrivningsprosessen.pdf

Helsedirektoratet. (2021,20.desember). *Om Kompetanseløft 2025. Bakgrunn. Mål. Organisering. Samhandling. Brukermedvirkning* https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/om-kompetanseloft-2025

Helse-og omsorgsdepartementet. (2022). *Kompetanseløft 2025. Regjeringen.* https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/komp etanseloft-2025-2.pdf

Hermansen, Å. & Grødem, A.S. I. (2013). Organisert for samhandling? *Sykepleien*, 8(4), 354-361. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0141

Kommunesektorens organisasjon (KS). (2021, 12. mars). *Sykehusenes utskrivingspraksis - ulikt syn.* https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/sykehusenes-utskrivingspraksis---ulikt-syn/

Kurtz, S. M., Lau, E. C., Ong, K. L., Adler, E. M., Kolisek, F. R. & Manley, M. T. (2017). Which Clinical and Patient Factors Influence the National Economic Burden of Hospital Readmissions After Total Joint Arthroplasty? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 475(12), 2926–2937. https://doi.org/10.1007/s11999-017-5244-6

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). Det kvalitative forskningsintervju. (3.utg.). Gyldendal.

Lilleheie, I., Desbesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2020). Informal caregivers´ views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. *BMC Geriatrics,* 20(97), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12877-020-1488-1

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

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health,* 40(8), 795-805.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* (4.utg.). Universitetsforlaget.

McPeake, J., MacTavish, P., Puxty, K., Crook, C. & Quasim, T. (2024). Patient and family member experience of hospital readmission following critical illness. *Intensive & Critical care nursing.* 87. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103890

Meld.St.10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten.* Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2387

Meld.St.15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse - og omsorgsdepartement. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1

Meld.St.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse-og omsorgsdepartement.

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr- 47-2008-2009-/id567201/

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *Effekter av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem.* (Nr 7 – 2013). Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/publ/2013/effekter-av-tiltak-for-a-redusere-akutte-sykehusinnleggelser-fra-sykehjem/

Naylor, M.D., Kurtzman, E.T. & Pauly, M.V. (2009). Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, politics & nursing practice*, 10(3), 187-194. https://doi.org/10.1177/1527154409355710

NOU 2023:8. (2023). *Fellesskapets sykehus Styring, finansiering, samhandling og ledelse.* Norges offentlige utredninger. https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf

Nygaard, H.A. & Bondevik, M. (2012). *Tverrfaglig geriatri: en innføring* (3.utg.). Fagbokforlag.

Ranhoff, A.H. (2020). Den gamle pasienten. I M.Kirkevold, M. Brodtkorb & A.H.Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (3.utg., s.75-99). Gyldendal Akademisk.

Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* (Dokument 3:5 (2015– 2016). Riksrevisjonen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2015-2016/dok-3-5-2015-2016.pdf

Smebye, K. L. (2022). Utfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. I R. Jakobsen,Å. Bergland, A. H. Hillestad & K. L. Smebye (Red.), *Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse og omsorgstjenester* (s.34-63). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

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

Toppe, K. & Navarsete, L.S. (2018). *Representantforslag om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak til Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan nås*. Stortinget. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2018-2019/dok8-201819-019s.pdf

Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., & Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ),* 183(7), E391–E402. https://doi.org/10.1503/cmaj.101860

Wieczorek-Wójcik, B., Gaworska-Krzemińska, A., Owczarek, A., Wójcik, M., Orzechowska, M. & Kilańska, D. (2022). The Influence of Nurse Education Level on Hospital Readmissions—A Cost-Effectiveness Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19, 4177. 7.https://doi.org/10.3390/ijerph19074177

Zakaria, A., Faint, C.-A. & Kazkaz, S. (2020). Readmission rate red uction strategies in general hospital setting. *The Aging Male,* 1– 4. https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1753694