Helseinformasjon til skrøpelige eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet

En litteraturgjennomgang

Caroline Ianke

Masteroppgave i Avansert Geriatrisk Sykepleie

30 studiepoeng

Det Medisinske Fakultet

Institutt for Helse og Samfunn

Avdeling for Sykepleievitenskap

Universitetet i Oslo

30.06.2020

Antall ord: 15235

© Caroline Ianke

2020

Helseinformasjon til skrøpelige eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet

En litteraturgjennomgang

Caroline Ianke

https://www.duo.uio.no/

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.

Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Caroline Ianke	**Dato: 30.06.2020**

Tittel og undertittel:
Helseinformasjon til skrøpelige eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet
En litteraturgjennomgang

Sammendrag:

Hensikt: Å undersøke hvordan helseinformasjon til eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet bør utformes og overleveres, for å fremme deres evne til å ivareta egen helse. Målet er å få et kunnskapsgrunnlag for å identifisere og utvikle intervensjoner som kan forbedre praksis for informasjonsoverføring.

Bakgrunn: Den eldre delen av den norske befolkningen kommer til å øke betydelig i løpet av de neste tiårene. Dette legger press på spesialisthelsetjenesten, som skal levere tjenester av god kvalitet. I 2017 ble 15,2 % av eldre >67 år reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse. Eldre er ekstra utsatte for reinnleggelser på grunn av aldersrelaterte sykdommer, komorbiditet og polyfarmasi. Skrøpelige eldre kan ha ekstra utfordringer knyttet til å forstå og etterleve helseinformasjon de får ved utskrivelse fra sykehuset på grunn av redusert helsekompetanse. Manglende forståelse av helseinformasjon kan føre til feil bruk av medisiner, fallhendelser, forverring av helsetilstand, reinnleggelser på sykehus og økt mortalitet. Det er derfor viktig å sørge for god helseinformasjon til skrøpelige eldre før utskrivelse, som også er tilpasset pasienter med redusert helsekompetanse.

Metode: Det ble gjort en integrative review, der både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. Litteraturgjennomgangen er basert på søk i tre vitenskapelige databaser; PubMed, CINAHL og Svemed+. Søket ble gjennomført i samarbeid med bibliotekar i november 2019.

Resultater: Ni studier ble inkludert, to kvalitative og syv kvantitative. Metoder for informasjonsoverføring som fungerer for eldre pasienter er komplekse, og består av flere deler: De investerer god tid på informasjon, leverer informasjon skriftlig og muntlig, en til en, og er individuelt tilpasset hver enkelt pasient, eller nivå av helsekompetanse og kognitive funksjon. Illustrasjoner, som piktogrammer, kan øke forståelsen av informasjon. Hjemmebesøk etter utskrivelse er et godt tiltak for skrøpelige eldre pasienter, som fører til at de klarer seg bedre hjemme og ivaretar egen helse. Helsekompetanse, kognitiv funksjon og å føle seg klar til utskrivelse er viktige faktorer knyttet til helseinformasjon ved utskrivelse, for å unngå reinnleggelser på sykehus.

Konklusjon: Gode metoder for informasjonsoverføring for å fremme skrøpelige eldres ivaretakelse av egen helse etter utskrivelse fra sykehus er individuell tilrettelegging av informasjon, god nok tid og god undervisning, en til en, skriftlig informasjon og illustrasjoner, samt hjemmebesøk etter utskrivelse. Det er behov for mer kunnskaper om helsekompetanse blant norsk helsepersonell, samt kartleggingsverktøy tilpasset norske forhold, for å vurdere helsekompetanse hos norske pasienter.

Nøkkelord: Eldre, helseinformasjon, helsekompetanse, elderly, aged, health literacy, hospital discharge, discharge information.

UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.

Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Caroline Ianke	**Date:** 30.06.2020

Title and subtitle:
Health information to frail elderly patients going home after hospital discharge
A litterature review

Abstract:

Aim: To investigate how discharge information for frail elderly patients should be designed and delivered, in order to facilitate their ability to maintain health at home. The goal is to obtain a knowledge base to identify and develop interventions in order to improve clinical practice.

Background: The elderly part of the population will increase during the next decades. This will lay pressure on the hospital resources, since hospitals must continue to deliver good quality health services. In 2017 15,2% of the elderly >67 years of age were readmitted to hospital within 30 days post discharge. Elderly are particularly at risk of readmissions, due to age-related diseases, comorbidity and polypharmacy. The frail elderly may have challenges in comprehension and complying of discharge information, due to low health literacy. A lack of understanding of health information can lead to medication errors, fall episodes, worsening conditions, readmissions and increased mortality. It is therefore important to ensure that frail elderly receive good quality discharge information, adapted to patients with reduced health literacy.

Methods: An integrative review was completed, where both qualitative and quantitative studies were included. Literature searches were carried out in three scientific databases; PubMed, CINAHL and Svemed+. The searches were performed in cooperation with a librerian in november 2019.

Results: Nine studies met the inclusion criteria, two qualitative and seven quantitative. Methods for delivering information that are effective for elderly patients are complex, and consist of several characteristics: They invest time on delivering information, give both written and oral information, one on one, and individual adaption of information, to level of health literacy/cognitive function. Illustrations, like pictographs, can increase understanding of information. Post discharge home visits are a good intervention for frail elderly patients, which improves their ability to maintain health at home. Health literacy, cognitive function and to feel ready for discharge are importannt factors related to information at hospital discharge, in order to avoid hospital readmissions.

Conclusion: Good methods for delivering information to frail elderly patients at hospital discharge include individualized information, enough time and good quality delivery of information, one on one, delivered both written and orally, and home visits post discharge.
More knowledge is needed among Norwegian health workers, including assessment tools for health literacy, adapted to Norwegian conditions, in order to assess health literacy among Norwegian patients.

Keywords: Eldre, helseinformasjon, helsekompetanse, health literacy, elderly, aged, hospital discharge, discharge information

Forord:

Nå som tiden som student i avansert geriatrisk sykepleie snart er over kan jeg se tilbake på fire givende, krevende og lærerike år. Geriatrien er et svært spennende fagområde, som jeg ser frem til å få jobbe videre med i tiden fremover, som Sveriges kanskje eneste AGS. Mer enn ett år har gått siden jeg begynte å jobbe med denne oppgaven, og jeg grublet på den spede tanken om at det måtte være mulig å lage et bedre opplegg for de skrøpelige eldre som må inn på sykehuset, gang på gang, et opplegg med informasjon som kan hjelpe dem til å klare overgangen til hjemmet bedre. En slags mal, tenkte jeg. I løpet av det siste året har prosjektet endret karakter flere ganger, etter hvert som jeg leste og lærte mer om emnet, og høstet verdifulle erfaringer i alle mine møter med fantastiske eldre mennesker i rundt om i Gøteborg, i mitt arbeid med hjemmebesøk hos eldre pasienter nylig utskrevet fra sykehuset. Etter at jeg fikk øynene opp for begrepet health literacy gikk det mer og mer opp for meg hvor komplekst dette fagområdet er, og hvor mye vi har å lære om hvordan vi kan jobbe med tilrettelegging av informasjon til eldre.

Det har vært en spesiell og svært annerledes tid de siste månedene, etter at så mye stengte ned som følge av den pågående pandemien. Plutselig skulle masteroppgaven fullføres på avstand, med digitale seminarer og veiledning. Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Edel Jannecke Svendsen og Hilde Wøien, for fantastisk tilrettelegging, fleksibilitet, konstruktive tilbakemeldinger og hjelp i løpet av hele perioden jeg har jobbet med denne oppgaven.

Takk til mine medstudenter, for fire år med godt samarbeid, gode samtaler, det har vært givende og inspirerende! Og takk til Mari for grundig korrekturlesing og gode tilbakemeldinger nå på tampen!

Jeg vil også takke min familie og barn, for deres tålmodighet med meg gjennom fire hektiske år som student. Takk til mine foreldre for god forpleining, omsorg og oppmuntring mens jeg har vært på seminarene i Oslo. Spesiell takk til min kjære Dan, din fantastiske tålmodighet og forståelse, støtte og motivasjon har hjulpet meg enormt gjennom dette siste året!

Gøteborg, 29.juni 2020

Caroline Ianke

Innhold

1.0. Innledning ... 1
1.1. Skrøpelighet hos eldre ... 2
1.2. Reinnleggelser av eldre ... 2
1.3. Årsaker til reinnleggelser ... 3
1.4. Betydningen av helseinformasjon som forberedelse for utskrivelse fra sykehus ... 4
1.5. Betydningen av helsekompetanse hos den eldre pasienten som skal motta helseinformasjon før utskrivelse fra sykehus ... 5
1.6. Intervensjoner for å bedre helsekompetanse ... 7
1.7. Hensikt og problemstilling ... 9
2.0 Metode ... 9
2.1. Litteraturgjennomgang ... 9
2.2. Eksklusjons og inklusjonskriterier: ... 10
2.3. Søkestrategi: ... 11
2.4. Utvalg ... 12
3.0. Resultater ... 15
3.1. Presentasjon av studiene ... 15
3.2. Presentasjon av resultater ... 25
3.2.1. Metoder for informasjonsoverføring som er virksomme ved utskrivelse av skrøpelige eldre pasienter ... 25
3.2.2. Hvilke forhold knyttet til informasjon ved utskrivelse av skrøpelige eldre fra sykehus er viktige for å unngå reinnleggelser? ... 30
3.2.3. Manglende forståelse for diagnose og annen viktig medisinsk informasjon ... 31
3.2.4. Om pasientene føler seg klar til å komme hjem ... 32
4.0. Diskusjon ... 33
4.1. Å bruke god tid på å informere ... 34
4.2. Individuell tilpasning av informasjon er viktig for å unngå reinnleggelser ... 37
4.2.1. Oppfølging i hjemmet etter utskrivelse ... 40
4.3. Å ha mestringstro og føle seg klar til utskrivelse ... 41
4.4. Relevans for klinisk praksis ... 43
4.5. Metodologiske betraktninger ... 45
4.6. Konklusjon ... 45
5.0. Litteratur ... 47

Oversikt over tabeller og figurer:

Tabell 1: Søkestrategi ……...……...……..…12
Tabell 2: Presentasjon av studiene ……..……...……..….17
Tabell 3: Elementer ved metoder for informasjonsoverføring ……..……..…..26
Figur 1: A Comprehensive Health Literacy Intervention Model ……...……..…..7
Figur 2: Flytskjema - Utvalg av studier ……....……..….14

1.0. Innledning

Andelen av Norges befolkning over 67 år er estimert til å fordobles fra år 2000 til 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I dag er det aldersgruppen mellom 67-80 som øker mest, og dette vil bety at vi får en sterk vekst i delen av befolkningen som er >80 år rundt 2030, da dagens store kull av de unge eldre på 67-79 år når en alder av 80-90 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I 2050 er det estimert at antall >80 år vil være ca. 590 000 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Levealderen øker både for menn og kvinner, og de nye eldre kommer til å ha bedre helsetilstand, funksjonsevne og mestringsmuligheter enn tidligere generasjoner av eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette skyldes at de har bedre ressurser å møte alderdommen med, på grunn av bedre oppvekstvilkår, økonomi og høyere utdanning. Det vil allikevel bety at flere eldre enn i dag vil komme til å leve med én eller flere kroniske sykdommer gjennom mange år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Forekomsten av aldersrelaterte sykdommer øker med stigende alder, som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjertesvikt, demens og kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Forskning har vist at mer enn halvparten av eldre over 75 år har fire eller flere sykdommer som krever behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

De skiller mellom tre grupper av eldre, der den første gruppen representerer eldre med god helse, som lever godt uten helseproblemer til høy alder. Den andre gruppen er personer som eldes normalt, med kroniske sykdommer som ikke påvirker livskvaliteten så mye. Det er den tredje gruppen som står for det høyeste forbruket av helsetjenestene: Personer med tidlig aldring, som har flere helseproblemer, både kroniske sykdommer og tilfeller med akutte helseproblemer. Denne gruppen utgjør ca. 20 % av de eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og det er i denne gruppen mange av de skrøpelige eldre befinner seg.

Den økende andelen eldre vil legge et stort press på ressursene i helsevesenet generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt i årene som kommer. I 2016 hadde 80% av befolkningen over 80 år kontakt med spesialisthelsetjenesten, og 17% av de totale ressursene til sykehusene gikk til denne aldersgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Allerede i dag utgjør de skrøpelig eldre majoriteten av utskrivningsklare pasienter i sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Det vil på bakgrunn av dette bli en stor utfordring å levere gode tjenester med høy kvalitet og pasientsikkerhet etter hvert som kullene av de eldste eldre øker. Det vil være viktig for samfunnsøkonomien og for livskvaliteten til den enkelte pasienten at de klarer seg best mulig hjemme, og unngår reinnleggelser på sykehuset. Helseinformasjon som kan gjøre at pasienter klarer seg hjemme etter utskrivelse fra sykehus, vil være et viktig satsningsområde.

1.1. Skrøpelighet hos eldre

Skrøpelighet er en norsk oversettelse av begrepet frailty, og det omfatter pasienter som er spesielt sårbare for å utvikle sykdom (Wyller, 2015 s.26). Kjennetegn kan være utilsiktet vekttap, utmattelse/lavt energinivå, redusert ganghastighet og gripestyrke, og lavt fysisk aktivitetsnivå. Skrøpelige eldre har lavere fysiologiske reserver, og vil derfor kunne oppleve større funksjonssvikt ved akutt sykdom enn yngre og mer robuste pasienter ved en innleggelse på sykehus (Wyller, 2015 s.26). Skrøpelige eldre pasienter er også mer utsatt for delirium under innleggelser på sykehus (Werner, Tong, Borkenhagen, & Holden, 2019). Redusert muskelmasse i forbindelse med langvarig sengeleie kan føre til at de har behov for langvarig rehabilitering etter innleggelsen for å gjenvinne funksjon, og noen vil aldri komme på bena igjen (Wyller, 2015 s.28). Dette kan medføre nedsatt livskvalitet, avhengighet og institusjonalisering.

Eldre, og spesielt de skrøpelige eldre, er også mer utsatt for reinnleggelser, på grunn av blant annet høyere forekomst av komorbiditet og polyfarmasi (Werner et al., 2019). Forskning har vist at mortaliteten øker ved en reinnleggelse; fra én av ti ved primærinnleggelsen til én av fem ved en reinnleggelse (Franzon et al., 2018). Det er derfor svært viktig å sørge for en god utskrivelse fra sykehuset, slik at pasientene klarer å ivareta egen helse hjemme. Det vil si at god kvalitet i tjenesten er et viktig mål.

1.2. Reinnleggelser av eldre

Reinnleggelser av eldre pasienter kan si noe om hvordan pasientene klarer seg hjemme etter utskrivelse, og kvaliteten på tjenesten de fikk på sykehuset i forbindelse med utskrivelsen. Folkehelseinstituttet utga i 2019 «Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse» (Skyrud, Kristoffersen, Hansen, & Helgeland, 2019). Reinnleggelser beregnes for pasienter >67 år som ble skrevet ut fra sykehus med diagnose innen 11 bestemte diagnosegrupper: Astma/KOLS, hjertesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, dehydrering, brudd, gastroenteritt, forstoppelse, urinveisinfeksjoner, mangelanemier og gikt (Skyrud et al., 2019). Som reinnleggelse regnes her akutte innleggelser som inntreffer mellom

8 timer og 30 dager etter utskrivelse, uavhengig av årsak og sykehus. I 2017 ble samlet sett 15,2 % av de eldre over 67 år utsatt for en reinnleggelse, og for enkelte diagnoser, som hjertesvikt og KOLS, var tallene så høye som henholdsvis 23,4 % og 27,5 %. Den største pasientgruppen var dem som ble innlagt med bruddskader; denne gruppen utgjorde 48 398 primærinnleggelser, av totalt 77 964, og av disse ble 9,7 % etterfulgt av en reinnleggelse (Skyrud et al., 2019). Dette vil si at et stort antall pasienter reinnlegges på sykehus hvert år.

Ikke alle reinnleggelser på sykehus er uønsket. En reinnleggelse kan representere f.eks. bruk av lavterskelsenger, åpen retur, der pasienter selv kan være med å bestemme når og om de trenger å komme tilbake til sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det kan også representere god og ønsket behandling av ny akutt sykdom eller forverring av for eksempel KOLS eller hjertesvikt (Wyller, 2020). Men reinnleggelser kan også skyldes uhensiktsmessige pasientforløp og dårlig kvalitet i tjenesten (Lorentzen, Larsby, Bugge, & Lindekleiv, 2020), og det er denne typen reinnleggelser man bør strebe etter å unngå.

1.3. Årsaker til reinnleggelser

Det kan være mange årsaker til reinnleggelser av eldre pasienter. Én av dem kan være for tidlig utskrivelse (Lorentzen et al., 2020). Det har lenge vært en trend at liggetiden på sykehuset har blitt kortere, både i Norge (Kristoffersen, Hansen, Tomic, & Helgeland, 2017) og internasjonalt (Franzon et al., 2018). Dette skyldes delvis at behandlingstiden på sykehuset har blitt kortere på grunn av medisinske fremskritt (Kristoffersen et al., 2017), men også Samhandlingsreformen har de senere årene bidratt til å korte ned liggetiden blant de eldste (Hermansen & Grødem, 2015; Kristoffersen et al., 2017). Flere studier og rapporter har i tillegg vist at det etter innføringen av Samhandlingsreformen har blitt en økning i antall reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2018). Ettersom kommunene har fått økt ansvar og flere oppgaver forskyves ut fra sykehusene, skrives pasientene raskere ut, og ansvaret for pasientene legges på kommunehelsetjenesten (Kristoffersen et al., 2017), som ofte satser på hjemmebasert omsorg (Wyller, 2020). Pasienter skrives gjerne ut fra sykehus når de er medisinsk ferdigbehandlet, men dette betyr ikke at de er ferdigbehandlet ut fra et sykepleieperspektiv, ettersom pasientene kan være både avkreftet og medtatt etter et langvarig opphold på sykehuset, og ikke tilbake til sitt habituelle funksjonsnivå (Kirkevold, 2019).

Reinnleggelser kan også skyldes at utskrivelsen er for dårlig planlagt fra sykehusets side, og at samhandlingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten er mangelfull**,** for eksempel ved at informasjon ikke er overlevert til fastlege eller hjemmesykepleie (Lorentzen et al., 2020).

Ineffektiv kommunikasjon mellom helsepersonell på ulike tjenestenivåer er en viktig årsak til blant annet feil i medikamentell behandling, reinnleggelser og økt mortalitet (Abu et al., 2018). Reinnleggelser kan også skje som følge av utilstrekkelig helsetilbud når de kommer hjem fra sykehuset, slik at pasientene opplever en forverring av tilstanden, som ikke oppdages før de har blitt så dårlig at de må legges inn igjen på sykehus (Wyller, 2020).

Dårlig forberedelse av pasienten før utskrivelse kan føre til en reinnleggelse. Utskrivelse fra sykehuset til hjemmet er ikke en episodisk hendelse; eldre har uttrykt å oppleve det som en prosess som kan vare i flere måneder, og innebære mange utfordringer (Werner et al., 2019). Dette betyr at de har behov for å vite hva de kan forvente gjennom denne perioden, og hvordan de skal opptre dersom de opplever komplikasjoner. Forberedelse av pasienten før utskrivelse kan handle om tilstrekkelig og riktig informasjon og opplæring til pasientene og eventuelt deres pårørende før de skal hjem fra sykehuset. Det er en sentral sykepleieroppgave å undervise og informere pasienter og pårørende før utskrivelse, og forberede dem for en trygg hjemkomst (Weiss et al., 2007). Dette fremheves også i Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer).

1.4. Betydningen av helseinformasjon som forberedelse for utskrivelse fra sykehus

Når skrøpelige eldre pasienter ikke får nok eller riktig informasjon kan de oppleve problemer med å håndtere den første tiden hjemme etter utskrivelse (Weiss et al., 2007). Tidspunktet for å motta informasjon kommer ofte på slutten av sykehusoppholdet. De eldre pasientene er ved utskrivelse ofte slitne og avkreftet, de kan ha bivirkninger av medikamenter, og være urolige for hjemkomsten. I denne situasjonen skal de motta informasjon om sykdommen sin, hvilke medikamenter de skal ta, og hva de bør og ikke bør gjøre når de kommer hjem.

Årsaken til at de eldre pasientene sitter igjen med utilstrekkelig informasjon kan være mange. Et problem kan være selve situasjonen når de får informasjon, inne på en støyende sykehusavdeling. Eldre kan ha større problemer med å overse forstyrrende elementer i omgivelsene enn yngre når de skal motta informasjon og lære nye ting (Daatland & Solem, 2011 s.68). Nedsatt allmenntilstand påvirker dessuten hukommelsen negativt, og bivirkninger av medisiner kan i tillegg svekke oppmerksomheten og forårsake trøtthet og forvirring

(Daatland & Solem, 2011 s.71). Dette kan gjøre det vanskelig for skrøpelige eldre å lære nytt stoff og huske det når de kommer hjem. Det kan også være vanskelig å vite hva som er det beste tidspunktet for å prate om tiden etter utskrivelse (Abu et al., 2018). Kommer det for tidlig under oppholdet på sykehuset kan det oppleves som om personalet vil fremskynde utskrivelsen, og skape stress hos pasienten. Venter man derimot for lenge kan det føre til at tiden blir knapp. De eldre pasientene kan også oppleve å få for mye informasjon, slik at det viktige drukner i mengden, og de klarer ikke å huske alt sammen (Abu et al., 2018). På den annen side kan de oppleve å få informasjon som er for generell og ikke tilpasset deres individuelle behov (Abu et al., 2018).

Skrøpelige eldre pasienter kan i tillegg oppleve at informasjonen ikke omhandler det de faktisk lurer på når de kommer hjem. Informasjon ved utskrivelse fokuserer ofte på medisinske områder som diett, aktivitet, medisiner og behandling (LeClerc, Wells, Craig, & Wilson, 2002). Når pasientene møter hverdagen hjemme kan det være helt andre problemer som oppstår, som hverken de selv eller helsepersonellet har forutsett mens de var inne på sykehuset, som sosial isolasjon, problemer med forflytning og tilpasninger i hjemmet, eller simpelthen lavt energinivå over lengre tid (Greysen et al., 2014). Pasienter kan altså føle at informasjonen var god ved hjemreise, men at alle spørsmålene oppstår etter noen dager, og da har de ingen å spørre (Weiss et al., 2007).

Et annet viktig problem for skrøpelige eldre kan være redusert helsekompetanse, som fører til at de ikke forstår, eller ikke husker helseinformasjon de får før utskrivelse.

1.5. Betydningen av helsekompetanse hos den eldre pasienten som skal motta helseinformasjon før utskrivelse fra sykehus

Health literacy er et begrep som ble lansert på 1970-tallet, og som har blitt et stadig mer fremtredende fokusområde for helsetjenesten (Sørensen et al., 2012). Ulike definisjoner er presentert opp gjennom de siste ti-årene, som fremhever ulike dimensjoner ved begrepet. Sørensen et al. (2012) gjorde en review av 17 tidligere definisjoner av health literacy, og lanserte på bakgrunn av dette en ny definisjon, som hadde til hensikt å favne essensen i de tidligere definisjonene;

> «Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise an apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease

> prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course». (Sørensen et al., 2012 s.3).

Oversatt til norsk betyr dette at helsekompetanse er et begrep som handler om i hvilken grad en person har evne til å skaffe seg informasjon, forstå og vurdere informasjonen, ta informerte beslutninger relatert til helse og helseforebygging, samt å gjennomføre det de har fått informasjon om. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2019 ut med «Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023», og et av målene med strategien var å etablere «helsekompetanse» som norsk oversettelse av begrepet «health literacy» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Denne oversettelsen vil bli brukt her.

Geboers et al. fremhever helsekompetanse som en av det 21. århundres store helseutfordringer (Geboers, Reijneveld, Koot, & de Winter, 2018). Prevalensundersøkelser av redusert helsekompetanse er gjort i flere land: En studie har funnet at redusert helsekompetanse er en utfordring som kan være til stede hos 40-50% av befolkningen i utviklede land (Brainard et al., 2016). Amerikanske studier har funnet at mer enn 70 % av befolkningen >65 år i USA kan mangle den nødvendige helsekompetansen som kreves for å kunne interagere med helsevesenet (Kobayashi, Wardle, Wolf, & von Wagner, 2016). Konsekvenser av redusert helsekompetanse kan være dårligere helserelaterte utfall i form av dårlig egenomsorg og redusert livskvalitet, feil bruk av medisiner, liten bruk av helsetjenester (fordi de ikke oppsøker hjelp), og økt dødelighet (Kobayashi et al., 2016). Lav helsekompetanse er også vist å være en signifikant, uavhengig og modifiserbar risikofaktor for reinnleggelse innen 30 dager (Mitchell, Sadikova, Jack, & Paasche-Orlow, 2012).

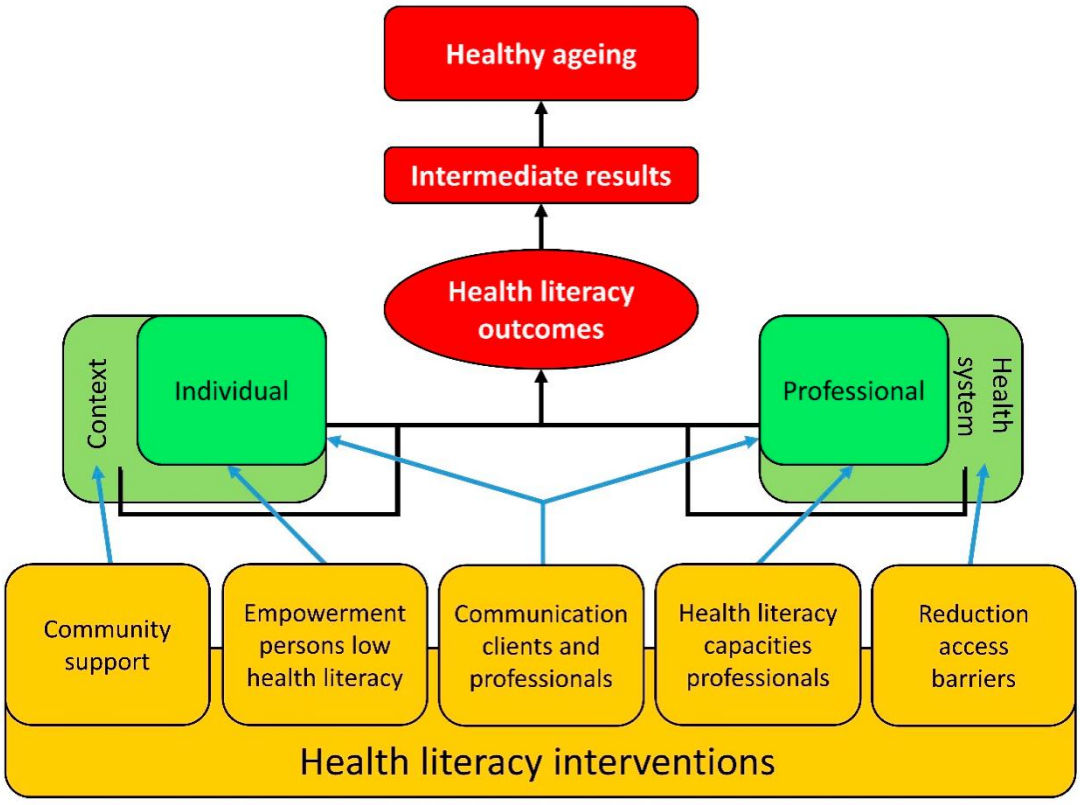
Mange ulike faktorer påvirker en persons helsekompetanse, som for eksempel alder, kulturell bakgrunn, utdanningsnivå, personlige egenskaper og ferdigheter, syn, hørsel og verbale ferdigheter, motivasjon og tidligere erfaringer (Sørensen et al., 2012). Personens kontekst, herunder familie og omgivelser, og den situasjonen personen befinner seg i, spiller også en rolle (Sørensen et al., 2012). Kognitiv funksjon er også en av faktorene som påvirker helsekompetanse, og sammenhengen mellom alder og redusert helsekompetanse kan i hvert fall delvis forklares med fall i kognitive funksjoner, som redusert minne eller eksekutiv svikt (Kobayashi et al., 2016). På bakgrunn av dette kan mange skrøpelige eldre ha redusert helsekompetanse.

En persons helsekompetanse endrer seg altså gjennom livet, og påvirkes av situasjonen personen er i, og de utfordringene pasienten møter i forbindelse med sykdom og sviktende

helse. Dersom årsaken til redusert helsekompetanse er kognitiv svikt vil dette kunne føre til visse problemer med å forstå eller huske informasjon, mens for eksempel lav sosial støtte, sansetap, redusert almenntilstand på grunn av somatisk sykdom og medisiner, eller lavt utdanningsnivå fører til helt andre utfordringer. Ulike årsaker til redusert helsekompetanse vil trolig stille krav til ulike typer intervensjoner.

1.6. Intervensjoner for å bedre helsekompetanse

Det er økende enighet i at det er på tide å flytte fokus fra å gjøre beskrivende studier av helsekompetanse til å jobbe med å utvikle og teste intervensjoner for å bedre helsekompetanse hos pasienter (Geboers et al., 2018). Geboers et al. (2018) har utviklet en intervensjonsmodell, se figur 1. Modellen viser hvordan man grovt sett kan jobbe med helsekompetanse på to måter; man kan jobbe på individnivå, ved å øke pasientens helsekompetanse, eller på systemnivå, gjennom å bedre helsetjenesten, ved å legge til rette for å bedre tilgjengelighet og kommunikasjon til pasienter med redusert helsekompetanse.



Figur 1: A Comprehensive Health Literacy Intervention Model, hentet fra: (Geboers et al., 2018)

Modellen viser fem ulike innfallsvinkler for å jobbe med intervensjoner rettet mot helsekompetanse;

1. Intervensjoner som styrker individets kontekst, det vil si å øke helsekompetanse hos støttepersoner, som pårørende og personens nærmiljø.
2. Intervensjoner som styrker individets egen helsekompetanse, ved for eksempel personsentrert tilrettelegging og styrking av kunnskaper og ferdigheter.
3. Intervensjoner som bedrer interaksjonen mellom pasienter og helsetjenesten, ved å bedre kommunikasjon mellom dem.
4. Intervensjoner som retter seg mot helsepersonell, for å øke deres kunnskaper om helsekompetanse, slik at helsepersonell bedre kan identifisere problemer hos pasienter relatert til helsekompetanse, og få bedre kommunikasjonsferdigheter.
5. Intervensjoner som retter seg mot å gjøre helsetjenesten mer tilgjengelig og lettere for personer med redusert helsekompetanse å forholde seg til, samt øke kvalitet og sikkerhet i tjenesten.

Modellen tydeliggjør at man kan oppnå bedre helserelaterte resultater gjennom interaksjon mellom individet og helsepersonell, og deres kontekst på begge sider. Resultatet av interaksjonen kaller forfatterne «health literacy outcome»; dette kan innebære bedre kunnskaper både hos pasienter og pårørende, bedre forståelse av informasjon, mestringsfølelse, evne til å ta informerte beslutninger, bedre egenomsorgs-ferdigheter, sosialt engasjement og økt tillit mellom pasient og helsepersonell. Man kan altså jobbe mot bedre resultater for pasienter med redusert helsekompetanse ved å endre individers holdninger og ferdigheter, styrke pasientens sosiale kontekst ved å øke pårørendes kunnskaper, ved å bedre helsepersonells ferdigheter og kunnskaper relatert til å oppdage redusert helsekompetanse og kommunisere bedre med dem, og gjennom å bedre helsetjenesten, legge til rette for at helsepersonell har mulighet til å jobbe med dette (Geboers et al., 2018).

Modellen er svært relevant når man skal jobbe med helseinformasjon til eldre skrøpelige pasienter, som kan ha flere ulike utfordringer knyttet til helsekompetanse, og i en så kompleks situasjon som utskrivelse fra sykehuset til hjemmet kan være. Det kan være nødvendig å bruke flere strategier parallelt for å gjøre overgangen fra sykehuset til hjemmet så trygg som mulig, og modellen viser hvordan man kan utvikle strategier fra ulike innfallsvinkler (Geboers et al., 2018).

Skrøpelige eldre pasienter som har utfordringer knyttet til helsekompetanse trenger hjelp fra helsepersonell for å få en god overgang fra sykehuset til hjemmet. Riktig tilpasset helseinformasjon er da en sentral del av forberedelsen for utskrivelse, som skal hjelpe pasientene til å klare seg selv når de kommer hjem, og unngå reinnleggelse på sykehuset.

1.7. Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke hvordan helseinformasjon til skrøpelige eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet bør utformes og overleveres, for å fremme deres evne til å ivareta egen helse. Målet er å få et kunnskapsgrunnlag for å identifisere og utvikle intervensjoner som kan forbedre praksis.

Problemstilling:

Hvordan bør helseinformasjon til skrøpelige eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet utformes og overføres til pasientene for å fremme deres evne til å ivareta egen helse etter utskrivelse?

Følgende forskningsspørsmål bør besvares:

1. Hvilke metoder for informasjonsoverføring har vist å ha god effekt ved utskrivelse av skrøpelige eldre pasienter?
2. Hvilke forhold knyttet til informasjon ved utskrivelse av skrøpelige eldre fra sykehus er viktige for å unngå reinnleggelser?

2.0 Metode

2.1. Litteraturgjennomgang

For å besvare problemstillingen ble det gjort en litteraturgjennomgang. En litteraturgjennomgang er en metode som innebærer studier av og tolkning av resultater i tidligere publisert forskning, for å besvare et bestemt forskningsspørsmål (Aveyard, 2019 s.2). Ved å gjøre et systematisk søk etter forskningslitteratur som omhandler et bestemt tema vil man kunne få en oppsummering av kunnskap om emnet, og dermed kunne basere nye intervensjoner på et sterkere og bredere kunnskapsgrunnlag enn ved å benytte seg av enkeltstudier (Aveyard, 2019 s.9). Litteraturgjennomgang som forskningsmetode innebærer å gjøre et systematisk arbeid, ved å søke etter tilgjengelig litteratur, gjøre utvalg ut fra på forhånd bestemte kriterier for inklusjon og eksklusjon, samt en evaluering av kvalitet på studiene (Aveyard, 2019 s.74).

Det finnes flere måter å gjøre litteraturgjennomgang på. For å besvare problemstillingen ble det her valgt å gjøre en Integrative Review. Denne typen litteraturgjennomgang innebærer at både kvantitative og kvalitative studier med ulike design vil kunne inkluderes (Noble & Smith, 2018). For eksempel vil kvalitative studier kunne vise til pasienterfaringer i forbindelse med utskrivelse fra sykehus, mens randomiserte kontrollerte studier (RCT) kan gi kunnskap om hvilke typer intervensjoner som har effekt.

2.2. Eksklusjons og inklusjonskriterier:

Følgende kriterier for inklusjon og eksklusjon ble valgt, basert på hensikten med litteraturgjennomgangen:

Inklusjonskriterier:

1. Studiene måtte handle om informasjon gitt til pasienter ved utskrivelse fra sykehus etter innleggelse på sengeposter eller besøk på akuttmottak. Informasjonen burde være gitt på tidspunktet for utskrivelse, eventuelt som ledd i forberedelse for utskrivelse i løpet av innleggelsen.

2. Studiene måtte handle om eldre. I denne forbindelse ble nedre aldersgrense satt til 55 år. Under søk etter bakgrunnslitteratur ble det observert at det varierte hvilken aldersgruppe som ble definert som eldre i litteraturen. Det relevante her var å unngå studier som handlet om barn/ungdom/yngre voksne, ettersom eldre som beskrevet tidligere av flere årsaker har andre forutsetninger for å ta til seg og anvende informasjon. Ved å sette grensen på 55 år ville noen som ikke regnes som eldre etter norsk definisjon kunne inkluderes, men snittalder i utvalget ville trolig være høyere. Med en høyere aldersgrense ville studier som handlet om eldre og som var relevante kunne falle utenfor på grunn av aldersgrensen.

3. Litteratur utgitt fra og med 2005 kunne inkluderes. Denne grensen ble satt fordi det under prosessen med å søke etter bakgrunnslitteratur viste seg at det ble gjennomført mange studier på helsekompetanse og eldre etter dette årstallet, som det kunne være verdifullt å få med i studien.

4. Studier publisert på engelsk, norsk, svensk og dansk kunne inkluderes.

Eksklusjonskriterier:

1. Studier som handler om eldre som blir utskrevet til institusjon eller bolig med heldøgnsomsorg ville ekskluderes, dette fordi eldre på institusjon ikke i like stor grad har

ansvar for egenomsorg i den grad eldre hjemmeboende har det, enten de mottar tjenester fra hjemmesykepleien eller ikke. Eldre med hjemmesykepleie er også overlatt til seg selv det meste av tiden, og det er fortsatt deres eget ansvar å tilkalle hjelp fra hjemmesykepleien dersom de trenger det, selv om de har en noe større sjanse til å bli fanget opp av en pleier som er på besøk dersom det oppstår en forverring i helsetilstand.

2. Ikke-empirisk litteratur, som brev, fagartikler, litteraturanmeldelser eller andre kommentarer til litteratur, skulle ekskluderes.

2.3. Søkestrategi:

Litteratursøket ble gjennomført i samarbeid med en bibliotekar på Medisinsk Bibliotek på Ullevål Universitetssykehus 6. november 2019. Tre databaser ble valgt: PubMed, Cinahl og Svemed+. Både PubMed og CINAHL inkluderer sykepleiefaglig litteratur, og ble derfor vurdert som hensiktsmessige for denne litteraturgjennomgangen.

Søk ble gjennomført i Svemed+ for å se om det var publisert relevant litteratur på skandinaviske språk som ikke var mulig å finne i de andre to databasene. Det ble gjennomført svært enkle søk i Svemed+, ettersom det var vanskelig å finne kombinasjoner av søkeordene i Svemed+ som ga noen treff. Kombinasjonen «eldre + helseinformasjon» ga fikk 12 treff. «Eldre + helsekompetanse» gav 7 treff. Det ble forsøkt flere søkeord og flere ulike kombinasjoner, men ettersom kombinasjoner med flere søkeord enn de nevnte resulterte i 0 treff, ble de 19 derfor beholdt.

For oversikt over søkestrategi og antall treff se Tabell 1.

Tabell 1: Søkestrategi.

PubMed	**CINAHL**	**Svemed+**
Elderly OR Aged	Elderly OR Aged	Eldre + helseinformasjon: Antall treff: 12
AND	AND	
Patient discharge OR Hospital discharge	Patient discharge OR Hospital discharge	Eldre + helsekompetanse: Antall treff: 7
AND	AND	
Health literacy OR Discharge information	Health literacy OR Discharge information	
Antall treff: 274	Antall treff: 144	Antall treff: 19

2.4. Utvalg

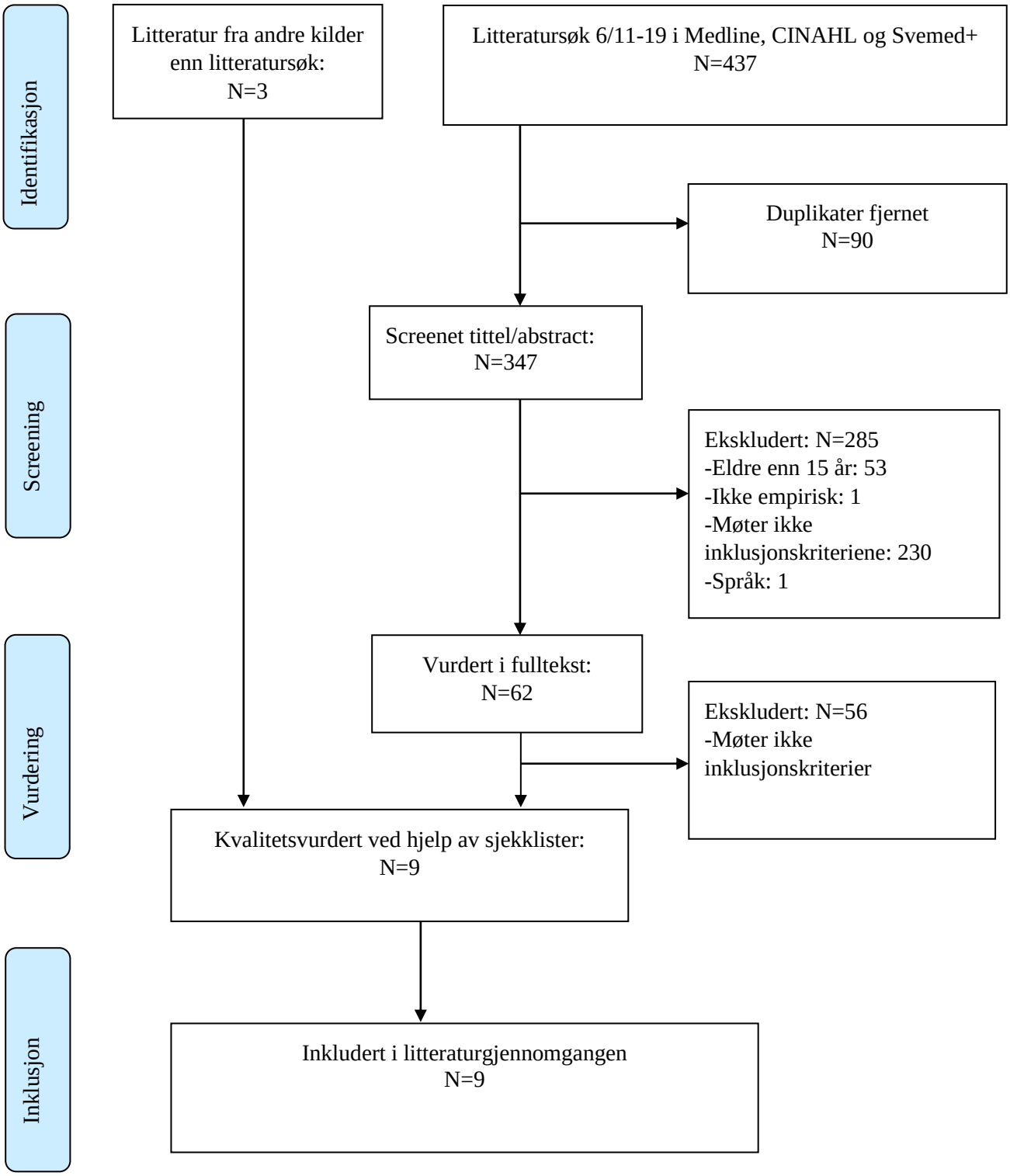
Litteratursøkene resulterte i 437 studier. Etter at 90 duplikater var fjernet ble 347 studier screenet ved å gå nøye gjennom tittel og sammendrag. For fullstendig oversikt over prosessen med utvalget av studier se flytskjema i Figur 2.

Få studier i litteratursøket møtte inklusjonskriteriene. I tillegg til litteratursøk i databaser ble derfor litteraturlistene i relevante artikler fra litteratursøket gjennomgått, og ytterligere 3 studier ble inkludert på denne måten. Ifølge Aveyard kan denne metoden, kalt snowball sampling, være en god måte å identifisere relevant litteratur på (Aveyard, 2019 s.89). Dersom det gjøres på en systematisk måte kan snowball sampling gi et rikere og bredere kunnskapsgrunnlag enn om bare studier fra selve søket inkluderes.

De 9 studiene som møtte inklusjonskriteriene ble gjennomgått ved hjelp av sjekklister for vurdering av forskningslitteratur, hentet fra Helsebiblioteket: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Ingen studier ble utelatt på grunn av manglende kvalitet. Se litteraturmatrisen i Tabell 2 for resultater av kvalitetsvurderingen. Resultatet er oppgitt som x antall kriterier som oppfylles av y mulige; x/y. Laveste score var 9/12 (Choi, 2016). Ifølge Aveyard kan også studier av dårlig kvalitet inkluderes, men det er da viktig å ta dette med i betraktningen når man vurderer styrken i resultatene (Aveyard, 2019 s.134-135). Choi 2016 var en pilotstudie med relativt lite utvalg, den ble vurdert med sjekkliste for RCT, til tross for at den ikke fyller alle kravene, men det var den som passet best av de tilgjengelige. Studien har resultater som fyller ut en annen tidligere studie gjort av samme forfatter (Choi, 2013).

Figur 2: Flytskjema - Utvalg av studier



3.0. Resultater

Ni artikler ble inkludert i litteraturgjennomgangen, hvorav seks ble identifisert gjennom litteratursøket (Bobay, Jerofke, Weiss, & Yakusheva, 2010; Choi, 2013, 2016; Coleman et al., 2013; Hastings et al., 2011; Lin et al., 2014), og tre ble identifisert ved å se gjennom litteraturlister i de inkluderte artiklene (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Koelling, Johnson, Cody, & Aaronson, 2005; Parry, Kramer, & Coleman, 2006). To av studiene som ble identifisert på denne måten er randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekten av to ulike intervensjoner (Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005). Den tredje studien var en kvalitativ studie som utdyper resultatene i studien til Coleman et al. (2006), med pasienterfaringer knyttet til intervensjonen (Parry et al., 2006).

3.1. Presentasjon av studiene

De inkluderte studiene er primærstudier med ulike kvalitative og kvantitative metoder og design. To studier er kvalitative studier som undersøker pasienters erfaringer med informasjon ved utskrivelse (Choi, 2013; Parry et al., 2006). Choi (2013) ser på pasienters erfaringer med piktogram-basert informasjon til pasienter med redusert helsekompetanse. Piktogrammer består av enkle strektegninger som viser egenomsorgshandlinger (Choi, 2013), for eksempel hvordan man bør reise seg fra en stol, og hvordan man bør unngå å gjøre det. Parry et al. (2006) gjorde en kvalitativ studie av pasienters erfaringer knyttet til en intervensjon der de fikk oppfølging i 28 dager etter utskrivelse av en sykepleier-coach. Den samme intervensjonen, the Care Transitions Intervention, undersøkes også i en annen inkludert studie (Coleman et al., 2006).

De andre syv studiene er kvantitative studier som undersøker forhold knyttet til informasjon, utskrivelse og utfall etter utskrivelse på ulike måter (Bobay et al., 2010; Choi, 2016; Coleman et al., 2013; Coleman et al., 2006; Hastings et al., 2011; Koelling et al., 2005; Lin et al., 2014). Fire av disse er effektstudier, hvorav tre ser på forhold mellom informasjon ved utskrivelse og utfall etter utskrivelse (Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005; Lin et al., 2014). Den fjerde studien målte forståelse av piktogram-basert informasjon ved utskrivelse (Choi, 2016). Lin et al. (2014) ser også på pasienters forståelse av informasjon.

Tre kvantitative studier undersøker pasienters erfaringer knyttet til utskrivelse fra sykehus, tilfredshet og forståelse av informasjon (Bobay et al., 2010; Hastings et al., 2011). Bobay et al. (2010) undersøker i tillegg pasienters opplevelse av å være klar til utskrivelse fra sykehus.

Coleman et al. (2013) undersøkte faktorer som har betydning for forståelse og etterlevelse av informasjon ved utskrivelse.

For oversikt over de inkluderte studiene, se Tabell 2.

Tabell 2: Presentasjon av studiene

Tittel/forfatter Årstall Land Kilde	Design	Hensikt	Kvalitets-vurdering; sjekkliste	Utvalg	Intervensjon	Hva er målt	Måle-instrument	Viktigste resultater
Bobay et al. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge 2010 USA Fra litteratursøk.	Komparativ studie Del av en større studie.	Undersøke forskjeller på ulike aldersgruppers opplevelse av kvalitet på informasjon gitt ved utskrivelse fra sykehus, samt i hvilken grad pasienter følte seg klar til utskrivelse.	Sjekkliste for kohortstudier: 10/11 poeng	Voksne medisinske eller kirurgiske pasienter utskrevet til hjemmet fra sykehus. Fire grupper av eldre >55 år ble sammenlignet med pasienter <55 år. N=1892 Fordelt etter alder: <55: 784 55-64: 409 65-74: 331 75-84: 284 >85: 84	Ingen intervensjon	QDTS: Pasienters opplevelse av kvalitet på informasjon på tre områder: Content needed, Content received, og Delivery. RHDS: Pasienters opplevelse av å være klar til utskrivelse fra sykehus, fire områder: Personal Status, Knowledge, Perceived Coping, Expected Support. -Forholdet mellom QDTS og RHDS. -Utfall innen 30 dager etter utskrivelse.	QDTS – Quality of Discharge Teaching Scale RHDS – Readiness for Hospital Discharge Scale	Det å føle seg klar til utskrivelse har betydning for risiko for reinnleggelser: Høy score på RHDS kan predikere risiko for reinnleggelser, i økende grad jo eldre pasientene er. De eldste pasientene følte seg mer klar til utskrivelse enn de yngre. De eldste opplevde å få mindre informasjon enn de yngre <74 år. Det var ingen signifikant forskjell på hvor mye informasjon pasientene følte behov for. Kvalitet på undervisningen hadde større betydning for hvor klar pasientene følte seg til utskrivelse fysisk sett, hvor kunnskapsrike de følte seg, grad av mestringstro, og hvilken forventning de hadde om å få hjelp og støtte etter utskrivelse, enn innholdet i informasjonen. For de eldste >85 år var det ingen sammenheng mellom opplevelse av kvalitet på undervisningen og det å føle seg klar til utskrivelse.

Choi Older adults´ perceptions of pictograph-based discharge instructions after hip replacement surgery 2013 USA Fra litteratursøk.	Kvalitativ Fokusgruppe-intervju	Undersøke eldre pasienters forståelse av og erfaringer med piktogram-basert utskrivelses-informasjon	Sjekkliste for kvalitative studier: 9/11 poeng	Eldre >65 med redusert helsekompetanse (S-TOFHLA <22), nylig utskrevet fra sykehus etter å ha fått operert inn hofteprotese. N=15 Gjennomsnitts-alder: 68,2 år	Piktogram-basert informasjon ble presentert for pasienter i forkant av fokusgruppe-intervjuer.	Helsekompetanse: S-TOFHLA Kognitiv funksjon: Mini-Cog. Resultat etter fokusgruppe-intervjuer ble kategorisert og kodet.	S-TOFHLA Mini-Cog	Pasientene opplevde at piktogrammene var engasjerende og hjalp dem til å forstå instruksjoner, spesielt steg-for-steg instruksjoner. Språket var enkelt å forstå. Illustrasjonene var selvforklarende. Pasientene hadde forslag til forbedringer: Én beskjed i hver illustrasjon. Bruk av piler, store bokstaver, farger, for å lede oppmerksomhet til de viktigste instruksjonene. Det man skal gjøre og det man ikke skal gjøre på hvert sitt bilde, side om side. Kryss over eller «nei» over det man ikke skal gjøre. Direkte språk: «Flip-flops» eller «sandaler», istedenfor «sko med åpen tå».
Choi Effect of pictograph-based discharge-instructions on older adults´ comprehension and recall 2016 USA Fra litteratursøk.	Pilotstudie	Undersøke om piktogram-basert informasjon, gitt ved utskrivelse fra sykehus i løpet av 60 minutter med én-til-én undervisning, fører til at eldre pasienter med redusert helse-kompetanse bedre husker og forstår	Sjekkliste for RCT: 9/12 poeng	Pasienter >65 med redusert helsekompetanse som skulle skrives ut fra sykehus etter å ha fått operert inn hofteprotese N=42 Intervensjon n=21 Kontroll n=21 Gjennomsnitts-alder: 67,59 Helsekompetanse:	Piktogram-basert skriftlig informasjon 1-2 dager før utskrivelse fra sykehus, levert etter 60 minutter én-til-én undervisning. Kontroll-gruppen fikk utskrivelses-informasjon i ren tekst, på én side.	Datasamling 4 uker etter at pasientene fikk utskrivelses-informasjonen: Spørreskjema: Pasienters forståelse og hvor godt de husket informasjonen.	S-TOFHLA Mini-Cog	Signifikant bedre forståelse av informasjonen hos pasientene i intervensjonsgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen husket informasjonen signifikant bedre enn pasientene i kontrollgruppen etter fire uker.

		informasjonen etter 4 uker.		Gjennomsnitts-skår: 17,02 (S-TOFHLA)				
Coleman et al. The Care Transitions Intervention – results of a randomized controlled trial 2006 USA Snøball	Randomisert kontrollert studie	Undersøke om en intervensjon kan redusere antall reinnleggelser.	Sjekkliste for RCT: 12/12 poeng	Engelsktalende, hjemmeboende pasienter >65 år, innlagt på sykehus for 11 utvalgte diagnoser: Hjerneslag, hjertesvikt, koronar hjertesykdom, hjerte-arrytmier, kols, diabetes, spinal stenose, hoftefrakturer, perifer vaskulær sykdom, dyp venetrombose og lungeemboli. N=750 Gjennomsnitts-alder: 76 år.	Støtte av en sykepleier-coach i 28 dager etter utskrivelse fra sykehuset. Intervensjonen inkluderte et første møte på sykehuset, hjemmebesøk innen 72 timer etter utskrivelse og telefon-oppfølging. Pasientene fikk en individuelt tilpasset helse-plan, med informasjon om medikamenter, allergier, varselsymptomer, samt en oppdatert problem-liste.	Demografiske data. Utfallsmål: Primært: Ikke-elektiv reinnleggelse 30, 90 og 180 dager etter utskrivelse Sekundært: Reinnleggelse for samme tilstand som ved primær-innleggelsen.		The Care Transitions Intervention førte til lavere reinnleggelsesrater på alle tidspunktene for måling. Intervensjonsgruppen hadde signifikant færre reinnleggelser (uavhengig av innleggelsesårsak) innen 30+90 dager, resultatene oppnådde ikke statistisk signifikans på måling 180 dager etter utskrivelse. Intervensjonsgruppen hadde signifikant lavere risiko for reinnleggelser forårsaket av samme årsak som ved primærinnleggelsen på 90 + 180 dager.
Coleman et al. Understanding and execution of	Intervju på sykehuset og hjemme etter utskrivelse.	Undersøke faktorer som kan predikere forståelse og etterlevelse av	Sjekkliste for kohortstudier: 10/11 poeng	Eldre (>55) hjemmeboende, engelsktalende pasienter, innlagt på sykehus i minst	Ingen intervensjon.	Mål: Alder, kjønn, sivilstatus, etnisitet, utdannelse, boform,	S-TOFHLA Klokketest	Nivå av helsekompetanse, kognitiv funksjon, opplevelse av kontroll og mestringstro var signifikante prediktorer for forståelse og etterlevelse av informasjon ved utskrivelse.

discharge instructions 2013 USA Fra litteratursøk.	Prospektiv? Kohortstudie ??? Statistisk analyse	informasjon ved utskrivelse fra sykehus, hos eldre pasienter.		48 timer, ingen demensdiagnose, ingen planer om å flytte til institusjon/ hospice etter utskrivelse. N=237 Gjennomsnitts-alder: 68 år		selvrapportert helsestatus. Helsekompetanse (S-TOFHLA), kognitiv funksjon (Klokketest). To spørsmål om opplevelse av kontroll og mestringstro. Kompleksitet av informasjon basert på hoveddiagnose ved innleggelsen. Ved intervju etter utskrivelse: Forståelse og etterlevelse av informasjon ved utskrivelse.		Diagnose ved utskrivelse, utdanningsnivå og kompleksitet i informasjon ved utskrivelse var ikke signifikante prediktorer for forståelse og etterlevelse av informasjon
Hastings et al. Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes	Prospektiv kohortstudie	Beskrive eldres forståelse av informasjon ved utskrivelse. Undersøke forholdet mellom forståelse av informasjon og negative hendelser innen 90 dager etter	Sjekkliste for kohortstudier: 10/11 poeng	Pasienter >65 som ble skrevet ut fra akuttavdeling på sykehuset til hjemmet N=92 Gjennomsnitts-alder: 75 år 65-74: n=48 >75: n=44	Ingen intervensjon	Forståelse av informasjon ved utskrivelse, 4 områder. Negative utfall 14 og 90 dager etter utskrivelse: Nye besøk til akuttmottaket, innleggelse på sykehus, dødsfall.	6-item screening instrument (kognitiv funksjon)	69,5 % av pasientene fikk informasjon fra både lege og sykepleier. 91,1 % av pasientene fikk informasjon både skriftlig og muntlig. Det var forskjeller på hvilken del av informasjonen pasientene forstod: Over halvparten forstod ikke informasjon om faresignaler (55,7 %) og forventet sykdomsforløp (63 %). Færre hadde problemer med å forstå informasjon om

2011 USA Fra litteratursøk.		utskrivelse; det vil si nye besøk på akuttmottak, reinnleggelser eller dødsfall.				Fall, forekomst av 11 symptomer. Problemer i forhold til medisiner. Status for tilstanden de søkte hjelp for. Endringer i ADL/IADL fra baseline til 90 dager.		diagnose (20,7 %) og instruksjoner om egenomsorg (16,3 %). Av de pasientene som fikk forskrevet nye medisiner forstod de fleste hvordan de skulle ta dem (96,4 %) og hvor lenge de skulle ta dem (89,3 %), men færre forstod informasjon om mulige bivirkninger (58,9 %). Det var høyest risiko for reinnleggelse hos pasienter som scoret lavt på forståelse for diagnose og forventet sykdomsforløp: 50 % av pasientene som ikke forstod forventet sykdomsforløp opplevde negative utfall innen 90 dager etter utskrivelse, sammenlignet med 30 % av dem som forstod. Av pasientene som ikke forstod informasjon om diagnose hadde 52,6 % negative utfall innen 90 dager.
Koelling et al. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure 2005 USA Snøball	Randomisert kontrollert studie	Undersøke om én times én-til-én undervisning om hjertesvikt, utført av en sykepleier ved utskrivelse, vil føre til forbedret utfall for hjertesvikt-pasienter, i form av forbedret etterlevelse og færre negative hendelser etter utskrivelse	Sjekkliste for RCT: 12/12 poeng	Pasienter innlagt på sykehus med diagnose hjertesvikt, og dokumentert venstre ventrikkel systolisk dysfunksjon med EF ≤ 40 %. N=223 Intervensjons-gruppen: N=107 Kontrollgruppen: n=116	Én time undervisning én-til-én, om hjertesvikt, utført av sykepleier før utskrivelse. Innhold: Årsaker til hjertesvikt, grunn-prinsipper for medikamentell behandling. Årsaker til intravaskulær overload, samt mekanismer	Totalt antall dager på sykehus eller antall dødsfall i løpet av oppfølgings-perioden målt 30, 90 og 180 dager etter utskrivelse. Sekundære mål: Tid til død eller første innleggelse Tid til reinnleggelse av kardiologiske årsaker		Pasientinformasjon om hjertesvikt førte til reduksjon i reinnleggelser og antall døgn på sykehus i en periode på 180 dager etter utskrivelse: Intervensjonsgruppen hadde signifikant færre innleggelsesdager/dødsfall 180-dagersperioden enn kontrollgruppen. Tidsintervall frem til første sykehusinnleggelse eller dødsfall var signifikant lenger for intervensjonsgruppen enn for kontrollgruppen. Risiko for reinnleggelse på grunn av hjertesvikt var lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen; risiko sank med 51 %.

				Alder: Kontroll: 64,7 Intervensjon: 65,0	knyttet til behandling med diuretika. Diett: Salt- og væske-restriksjoner. Daglig veiing. Råd i forhold til alkohol og røyking, samt råd om å ikke bruke NSAIDs. Faresignaler og hva de burde gjøre om problemer oppstod. Informasjon skriftlig formulert i et enkelt språk.	Tid til reinnleggelse for forverring av hjertesvikt Livskvalitet skår Egenomsorgs-adferd Kostnader knyttet til intervensjonen og behandling etter utskrivelse.		Totale kostnader for helsehjelp, inkludert kostnad for selve intervensjonen, var lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde signifikant bedre egenrapportert etterlevelse av egen-behandling; som daglig veiing, salt-restriksjoner, mindre røyking. Ingen signifikante forskjeller i behandling med betablokkere, men i intervensjonsgruppen brukte signifikant flere ACE-hemmere ved oppfølging 180 dager etter utskrivelse.
Lin et al. Effect of a patient-directed discharge letter on patient understanding of their hospitalization 2014 Australia	Randomisert kontrollert studie	Undersøke om PADDLE (**Pa**tient **D**irected **D**ischarge **L**etter), et individ-tilpasset informasjons-brev ved utskrivelse, sammen med en kort samtale med ansvarlig	Sjekkliste for RCT: 10/12 poeng	Medisinske pasienter rekruttert fra kardiologiske, endokrinologiske og respiratoriske avdelinger i Australia. Pasientene måtte være uavhengige i egen-behandling, utskrevet til hjemmet, og ha	PADDLE, et kort tilpasset informasjonsbrev til pasienten før utskrivelse, levert i løpet av en kort samtale med ansvarlig lege. Innhold i brevet: Kort oppsummering av sykehusoppholdet	Primært: Intervensjonens umiddelbare effekt på forståelse i intervensjons-gruppen. Forskjell i forståelse mellom de to gruppene målt etter 3 og 6 måneder.		Ingen signifikant forskjell i forståelse av informasjon mellom gruppene ved baseline, det vil si før intervensjonen. Ingen forskjell i selvrapportert forståelse, tilfredshet eller medisin-compliance. Umiddelbart etter intervensjonen: Signifikant bedre forståelse av informasjon om sykehusinnleggelsen og råd ved utskrivelse. Forskjellen mellom intervensjons- og kontrollgruppe var ikke lenger signifikant ved 3 og 6- måneders oppfølging.

Fra litteratursøk.		lege, forbedret pasienters forståelse av årsak til innleggelse, undersøkelser, behandling og informasjon ved utskrivelse.		lenger forventet levetid enn 6 mnd. N=67 Gjennomsnitts-alder: Intervensjons-gruppen: 62,1 år. Kontrollgruppen: 63,4 år.	; årsak til innleggelse, med symptomer og diagnose. Prøver og undersøkelser, inkludert eventuelle funn. Behandling, inkludert medisiner og prosedyrer. Anbefalinger for tiden etter utskrivelse, inkludert medisiner, og videre oppfølging.	Sekundært: Pasientenes subjektive vurdering av forståelse og tilfredshet med innleggelsen, målt før og etter intervensjonen. Reinnleggelses-rater på 3 og 6 måneder, basert på om reinnleggelsen kunne vært mulig å forebygge.		Ingen forskjell når det gjaldt antall reinnleggelser mellom gruppene. Pasienter som hadde en reinnleggelse innen 6 mnd. scoret lavere på forståelse ved utskrivelse.
Parry et al. A qualitative exploration of a patient-centered coaching intervention to improve care transitions in chronically ill older adults 2006 USA	Kvalitativ, deskriptiv studie. Tillegg til en større effektstudie (Coleman et al., 2006)	Undersøke pasienters perspektiv/ erfaringer med en intervensjon, the Care Transitions Intervention.	Sjekkliste for kvalitative studier: 10/11 poeng	Deltagere ble rekruttert blant utvalget i effektstudien, se Coleman et al. 2006. Tilleggs-kriterium var at pasientene måtte ha fullført intervensjonen i løpet av de siste 30-45 dagene. N=32	The Care Transitions Intervention: Støtte av en sykepleier-coach i 28 dager etter utskrivelse fra sykehuset. Intervensjonen inkluderte et første møte på sykehuset, hjemmebesøk innen 72 timer etter utskrivelse	Pasientenes erfaringer knyttet til; -Coachen -Den personlige helseplanen, herunder plan for medikamentell behandling, faresignaler, medisinsk oppfølging etter utskrivelse. Åpne spørsmål der pasienten		**Kontinuitet**: Hjemmebesøket og telefonoppfølgingen gjorde at pasientene følte trygghet og kontinuitet i overgangen til hjemmet. Mange husket ikke hva som ble sagt på møtet på sykehuset, men vissheten om at de kom til å få hjemmebesøk førte til trygghet og oppmuntring. **Kunnskaper og ferdigheter knyttet til egenomsorg:** Hjemmebesøket og bruk av den personlige helseplanen styrket kunnskaper på to områder: Medikamentell behandling, inkludert virkning/bivirkninger, samt faresignaler.

Snøball				Gjennomsnitts-alder:78	og telefon-oppfølging. Pasientene fikk en individuelt tilpasset helse-plan, med informasjon om medikamenter, allergier, varselsymptomer, samt en oppdatert problem-liste. Hensikten med intervensjonen var å øke pasientenes evne til egenomsorg etter utskrivelse.	kunne snakke fritt om erfaringer knyttet til intervensjonen.		Hjemmebesøket var mest verdifullt for pasientene. Hjemmet var en god arena for å rydde opp i medikamentfeil, ettersom alle medisiner var tilgjengelige. De fikk opplæring i bruk av medisinsk utstyr (nebulizer), og organisering av tabletter i dosett. Pasienter opplevde at coachen hjalp dem til å forstå sin sykdom, oppdage faresignaler Pasienter opplevde bedre samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell. **Den personlige helseplanen (PHR)**: Ca. halvparten av pasientene anvendte planen. Planen ga økte kunnskaper om medisiner, hjalp dem å organisere bruken. Den hjalp i kommunikasjon med helsetjenesten, både sykehus ved reinnleggelser, med primærhelsetjenesten og med spesialister. Pasienter følte seg mer forberedt, som en aktiv deltager i interaksjoner med helsetjenesten. De som ikke brukte planen hadde allerede et fungerende system, eller følte ambivalens, manglende mestringstro i forhold til å ta ansvar for egen helse, mangel på støtte fra annet helsepersonell. **Betydningen av relasjonen til coachen**: Det var viktig at coachen var kunnskapsrik, erfaren og organisert, gav inntrykk av å bry seg, å være interessert i deres velferd. Det å treffe coachen ansikt til ansikt var viktig for dem, gjorde at de fikk økt tillit, lettere å stille spørsmål og fortelle om bekymringer.

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Metoder for informasjonsoverføring som er virksomme ved utskrivelse av skrøpelige eldre pasienter

Fire ulike metoder for informasjonsoverføring til eldre som skrives ut fra sykehus er undersøkt i de inkluderte studiene:

1) Hefter med piktogrambasert informasjon overlevert til pasienter med redusert helsekompetanse som har gjennomgått hofteoperasjon (Choi, 2013, 2016).

2) Et kort brev med informasjon overlevert til pasienter på medisinske avdelinger i løpet av en samtale ved utskrivelse (PADDLE) (Lin et al., 2014).

3) En personlig helseplan, som en del av en metode for informasjonsoverføring der pasienter med 11 bestemte diagnoser (se tabell 2) ble fulgt opp av en sykepleier-coach i hjemmet etter utskrivelse (Coleman et al., 2006; Parry et al., 2006).

4) En metode der hjertesviktpasienter fikk én time individuell undervisning om sykdommen sin og behandlingen før de ble skrevet ut, sammen med skriftlig informasjon (Koelling et al., 2005).

Metodene for informasjonsoverføring er komplekse, og består av flere elementer, se tabell 3. Felles for alle fire metodene er at de benytter både muntlig og skriftlig informasjon, at de gir informasjon en til en, samt at informasjonen er spesifikk for pasientenes diagnose.

Tabell 3: Elementer ved metoder for informasjonsoverføring

Elementer ved metodene	Choi	Coleman et al. Parry et al.	Koelling et al.	Lin et al.
Muntlig og skriftlig	Ja	Ja	Ja	Ja
En til en	Ja	Ja	Ja	Ja
Individuelt tilpasset	Nei	Ja	Ja	Individuell tilpasning opp til legen
Tilpasset redusert helsekompetanse	Ja	Nei	Nei	Individuell tilpasning opp til legen
Brukte god tid	Ja	Ja	Ja	Nei
Bare på sykehuset	Ja	Nei	Ja	Ja
Oppfølging i hjemmet	Nei	Ja	Nei	Nei
Diagnosespesifikk	Ja	Ja	Ja	Ja

Hvor virkningsfulle de fire metodene var ble vurdert ut fra følgende utfallsmål; reinnleggelser på sykehus (Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005; Lin et al., 2014), forståelse av informasjon (Choi, 2016; Lin et al., 2014) og etterlevelse av informasjon (Koelling et al., 2005; Parry et al., 2006), som på ulike måter er knyttet til pasientenes ivaretakelse av egen helse.

Tre av studiene undersøkte metoder som viste seg å ha god virkning på utfallsmålene (Choi, 2016; Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005), mens den fjerde ikke viste like gode resultater (Lin et al., 2014). Metodene som var virkningsfulle inneholder noen felles elementer (se tabell 3.): De investerte god tid på å informere og undervise pasientene, én fulgte også pasientene opp i hjemmet etter utskrivelse. Informasjonen var enten individuelt tilpasset, eller spesielt tilpasset pasienter med redusert helsekompetanse som en gruppe. Alle ga informasjon som handlet spesifikt om pasientens diagnose. Den viktigste forskjellen mellom de tre metodene med best resultater og metoden til Lin et al. (2014) ser ut til å være at Lin et al. brukte kort tid på å informere pasientene. PADDLE er i tillegg et standardisert brev,

laget som en mal der legen kan fylle inn informasjon. Det vil si at det er en mulighet for å tilrettelegge individuelt, og for pasienter med lav helsekompetanse, men i den grad det blir gjennomført vil være avhengig av legen som fyller inn informasjonen (Lin et al., 2014).

3.2.1.1. Å bruke god tid på å informere

Det ser ut til at det er et sentralt element å bruke god tid på å informere eldre pasienter som skal skrives ut fra sykehuset, da det er først og fremst dette som skiller de tre studiene med best resultater fra den som ikke viste seg å ha så god virkning. The Care Transitions Intervention er en av metodene for informasjonsoverføring som bruker god tid på dette (Coleman et al., 2006). Pasientene i intervensjonsgruppen hadde færre reinnleggelser enn kontrollgruppen både 30, 90 og 180 dager etter utskrivelse, og resultatene var signifikante på 30 og 90 dager. Da de undersøkte reinnleggelser for samme årsak som ved primærinnleggelsen hadde intervensjonsgruppen også signifikant færre reinnleggelser på 90 og 180 dager etter utskrivelse (Coleman et al., 2006). Også metoden for informasjonsoverføring i en annen studie brukte god tid på informasjon, her fikk pasientene en hel time med undervisning (Koelling et al., 2005). Undervisningen ble gjennomført av en sykepleier. Disse pasientene hadde i løpet av den 180 dagers oppfølgingsperioden signifikant færre reinnleggelser (uavhengig av årsak til reinnleggelse), færre dager innlagt på sykehus, og færre dødsfall enn kontrollgruppen (Koelling et al., 2005). Tiden frem til første sykehusinnleggelse eller dødsfall var også signifikant lenger for intervensjonsgruppen enn for kontrollgruppen. Videre var risiko for reinnleggelse på grunn av hjertesvikt lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Koelling et al., 2005). Intervensjonen hadde altså god virkning i forhold til å redusere antall reinnleggelser. Risikoen for reinnleggelser på grunn av forverring av hjertesvikt sank med hele 51% (Koelling et al., 2005). Pasientene viste seg også å ha signifikant bedre egenrapportert etterlevelse av egen-behandling; de fulgte bedre opp råd om daglig veiing, saltrestriksjoner og mindre røyking (Koelling et al., 2005). Sammenlignet med baseline var det en forbedring i medikamentell behandling i intervensjonsgruppen; pasientene som fikk undervisning om hjertesvikt, hadde signifikant mer bruk av ACE-hemmere ved oppfølging180 dager etter utskrivelse (Koelling et al., 2005).

I pilotstudien i 2016 fikk pasientene også en time med undervisning og presentasjon av piktogrammene, som de fikk med seg hjem i et hefte (Choi, 2016). Den piktogrambaserte informasjonen førte til bedre forståelse av instruksjoner som var viktige etter hofteoperasjon,

og pasientene husket også informasjonen bedre 4 uker etter utskrivelse enn kontrollgruppen (Choi, 2016).

Den fjerde studien skilte seg fra de tre andre ved at den var ment å ta lite tid, og være enkel for personalet å gjennomføre (Lin et al., 2014). Denne studien viste ikke like gode resultater i forhold til forståelse av informasjon og reinnleggelser. Metoden for informasjonsoverføring som ble undersøkt her innebar at pasientene fikk et brev (PADDLE), utformet som en standardisert mal der behandlende lege raskt kunne fylle inn individuell informasjon før utskrivelse. Brevet ble overlevert i løpet av en samtale med lege med varighet på 5-10 minutter, altså relativt kort tid. Metoden førte til en umiddelbar økning i objektiv forståelse av sykehusinnleggelsen og råd ved utskrivelse, men effekten varte ikke til oppfølging ved 3 og 6 måneder etter utskrivelse; da var forskjellen mellom intervensjons- og kontrollgruppen ikke lenger signifikant (Lin et al., 2014). Da pasientene ble bedt om å selv vurdere sin egen forståelse av informasjonen de hadde mottatt, både før og etter de fikk PADDLE, viste det seg at den subjektive vurderingen av forståelse var omtrent uforandret før og etter intervensjonen. Pasientene overvurderte altså egen forståelse av informasjonen de hadde fått før intervensjonen (Lin et al., 2014). Denne metoden hadde ikke signifikant effekt på reinnleggelser (Lin et al., 2014). Reinnleggelser var likt fordelt i intervensjons- og kontrollgruppen. Imidlertid viste det seg at de pasientene som opplevde å måtte reinnlegges på sykehus hadde scoret lavere på forståelse av informasjonen enn dem som ikke ble reinnlagt (Lin et al., 2014).

3.2.1.2. Å følge opp pasientene i hjemmet

Bare én metode, the Care Transitions Intervention, følger pasientene opp i hjemmet etter utskrivelse (Coleman et al., 2006; Parry et al., 2006). Denne metoden er den som investerer mest tid på informasjon og oppfølging. Som beskrevet i forrige kapittel hadde denne metoden god virkning på utfallsmål. Pasientene treffer coachen første gang inne på sykehuset, der de får overlevert den personlige helseplanen. Pasientene i studien til Parry et al. (2006) hadde problemer med å huske det som ble sagt mens de enda lå inne på sykehuset. De opplevde derfor at det var svært gunstig med oppfølging og repetisjon etter at de hadde kommet hjem; de fikk bedre forståelse av medikamentell behandling, interaksjoner og bivirkninger, sykdommen sin, og faresignaler de skulle være oppmerksomme på (Parry et al., 2006). Pasientene fremhevet at selve hjemmebesøket 48 timer etter utskrivelse var det beste med intervensjonen, de opplevde at hjemmet var en ideell arena for å lære, og de følte seg mer

avslappet der (Parry et al., 2006). Det å få personlig og individuell oppfølging i hjemmet av en sykepleier-coach hadde god effekt på etterlevelse av spesielt medikamentell behandling (Parry et al., 2006). Pasientene følte det betryggende og verdifullt å kunne sette seg ned i eget hjem og rydde opp i forskjeller i medisinlister fra før og etter innleggelsen, og ta frem alle boksene med legemidler. På denne måten ble de helt trygge på hva de skulle ta, og når de skulle ta det, og kunne få hjelp til å organisere tabletter i en dosett. De fikk også hjelp til å lære seg prosedyrer, som for eksempel hvordan inhalasjoner skulle tas. Oppfølgingen hjemme og relasjonen til coachen førte til trygghet og økte deres motivasjon til å engasjere seg i egen behandling, og bare vissheten om at de kom til å få et hjemmebesøk økte deres trygghet da de skulle skrives ut (Parry et al., 2006).

3.2.1.3. Å tilpasse informasjon individuelt

Det varierte på hvilken måte de forskjellige studiene tilpasset informasjon individuelt. Alle fire studier ga informasjon som var tilpasset pasientenes egen sykdom, behandling og medisiner, men bare én metode omfattet informasjon spesielt tilpasset pasienter med redusert helsekompetanse. Denne metoden ble undersøkt i en kvalitativ studie i 2013 og en pilotstudie i 2016 (Choi, 2013, 2016). Informasjonen i denne metoden var ikke individuelt tilpasset hver enkelt pasient, men den var tilrettelagt for pasienter med redusert helsekompetanse, med piktogrammer som illustrerte viktig informasjon (Choi, 2013, 2016). Pasientene opplevde at den piktogrambaserte informasjonen gjorde det enklere å forstå instruksjoner, spesielt steg-for-steg informasjon var lettere å forstå (Choi, 2013). Deltagerne opplevde bildene som engasjerende, språket som enkelt å forstå, og illustrasjonene som selvforklarende (Choi, 2013). Deltagerne foretrakk at illustrasjoner av hva de skulle og ikke skulle gjøre burde stå side om side, og at det de ikke skulle gjøre burde markeres med et rødt kryss eller et «nei». De foretrakk også bruk av piler, store bokstaver eller farger for å lede oppmerksomheten til de viktigste poengene. Deltagerne vektla at illustrasjonene skulle inneholde bare én beskjed i hvert bilde (Choi, 2013). Det var ønskelig at bakgrunns-detaljer, som for eksempel møbler, skulle være de samme gjennom alle illustrasjonene, slik at det opplevdes sammenhengende. Videre var det viktig å bruke et direkte språk; som eksempel anbefalte de å la være skrive at pasientene ikke skulle bruke sko med åpen tå, men heller betegne dem mer konkret som sandaler eller flip-flops (Choi, 2013).

Alle pasientene som fikk the Care Transitions Intervention hadde fått informasjon på sykehuset før de dro hjem, og sin personlige helseplan, som inneholdt individuelt tilpasset,

diagnosespesifikk skriftlig informasjon (Coleman et al., 2006; Parry et al., 2006). Ettersom denne metoden innebærer en oppfølging i hjemmet gir dette muligheter for ytterligere individuell tilpasning, ut fra pasientens behov på tidspunktet for hjemmebesøket, og hvor mye pasienten husker fra det første møtet på sykehuset. Omtrent halvparten av pasientene benyttet seg av den skriftlige helseplanen (Parry et al., 2006). De som gjorde det brukte den til å organisere og lære om medisinene sine, og som hjelp i kommunikasjon med helsepersonell ved nye møter med helsevesenet både i og utenfor sykehus. Dette gjorde at de følte seg mer deltagende og bedre forberedt (Parry et al., 2006). De som ikke benyttet seg av helseplanen oppga å foretrekke systemer de allerede hadde, eller uttrykte lav mestringsfølelse og motivasjon, eller ambivalens med tanke på å ha ansvar for å selv følge opp egen helse. Noen rapportert også manglende interesse og støtte fra helsepersonell de møtte. Det så ut til at pasientene som ikke brukte helseplanen befant seg på hver sin ende av et kontinuum i forhold til egenomsorgsevne; enten hadde de lite behov for å bruke den på grunn av god mestring og gode systemer, det vil si trolig pasienter med god helsekompetanse, eller så befant de seg på den andre enden, det vil si pasienter med stort behov for hjelp til egenomsorg, men med manglende interesse eller mestringstro, det vil si trolig pasienter med redusert helsekompetanse (Parry et al., 2006). For pasienter med behov for hjelp og tro på mestring, det vil si gruppen i mellomsjiktet, ble den personlige helseplanen godt mottatt og hadde god effekt på forståelse og etterlevelse av informasjonen (Parry et al., 2006).

3.2.2. Hvilke forhold knyttet til informasjon ved utskrivelse av skrøpelige eldre fra sykehus er viktige for å unngå reinnleggelser?

Utover metoder for informasjonsoverføring var det en rekke forhold knyttet til informasjon som hadde betydning for reinnleggelse for skrøpelige eldre pasienter: Nivå av helsekompetanse og kognitiv funksjon, kontinuitet i oppfølgingen fra sykehuset, manglende forståelse for diagnose og annen viktig informasjon, samt om pasienten føler seg klar til å reise hjem.

3.2.2.1. Redusert helsekompetanse og kognitiv svikt

To faktorer viste seg å ha særlig betydning for forståelse og etterlevelse av informasjon ved utskrivelse fra sykehus; pasientenes nivå av helsekompetanse og deres kognitive funksjon (Coleman et al., 2013). Redusert helsekompetanse og kognitiv svikt førte til dårligere forståelse og etterlevelse av informasjon, hvilket er assosiert med økt risiko for reinnleggelser. Pasientenes opplevelse av kontroll og tro på egen mestring hadde også betydning for

forståelse og etterlevelse (Coleman et al., 2013). Hvilken diagnose pasientene hadde ved utskrivelse, eller kompleksiteten i informasjonen, var derimot ikke signifikante prediktorer for forståelse og etterlevelse av informasjon etter utskrivelse (Coleman et al., 2013).

3.2.2.2. Oppfølging i hjemmet etter utskrivelse fra sykehuset

Oppfølging i hjemmet etter utskrivelse var et viktig element for pasientene som fikk coach-oppfølging i 28 dager etter utskrivelse (Parry et al., 2006). Dette var den eneste metoden for informasjonsoverføring som fulgte opp pasientene hjemme, de andre tre informerte pasientene bare inne på sykehuset. I intervjuer fremhevet pasientene at det gav dem en følelse av trygghet og mer tro på egen mestring at de visste at de kom til å bli fulgt opp hjemme, og at de hadde truffet personen som skulle følge dem opp mens de fortsatt var inne på sykehuset (Parry et al., 2006). Metoden for informasjonsoverføring førte også til at kontinuiteten i behandlingen ble videreført til møter med andre aktører; ved nye besøk hos lege, undersøkelser på sykehus, eller ved reinnleggelser (Parry et al., 2006). I den skriftlige planen hadde de et verktøy de kunne referere til når de fikk spørsmål om sine sykdommer og medisiner, og behandling de hadde gjennomgått.

Betydningen av relasjonen til coachen var også viktig for pasientene. Det at coachen gav inntrykk av å bry seg og være interessert var like viktig som at hun var kunnskapsrik, erfaren og organisert (Parry et al., 2006). Som beskrevet over hadde disse pasientene lavere risiko for reinnleggelse (Coleman et al., 2006).

3.2.3. Manglende forståelse for diagnose og annen viktig medisinsk informasjon

Én studie fant sammenheng mellom hvilken del av informasjonen pasientene forstod og risiko for reinnleggelser (Hastings et al., 2011). Det var store forskjeller i hvilken grad de hadde forstått de ulike elementene av informasjonen. Over halvparten (55,7 %) av pasientene hadde ikke forstått informasjon om hvilke faresignaler de skulle være oppmerksomme på etter utskrivelse, og enda flere (63 %) forstod ikke hvordan forventet sykdomsforløp ville være. Noe færre pasienter hadde problemer med å forstå diagnose (20,7 %) og instruksjoner om egenomsorg (16,3 %). Av de pasientene som hadde fått forskrevet nye medisiner på sykehuset forstod de fleste hvordan de skulle ta dem, og hvor lenge, men det var bare 58,9 % som hadde forstått informasjon om bivirkninger av medisinen (Hastings et al., 2011). Det vil si at nesten halvparten ikke hadde forstått dette.

Høyest risiko for reinnleggelse var det hos de pasientene som ikke forstod informasjon om diagnose. Risikoen for reinnleggelse var også høy hos de pasientene som ikke hadde forstått forventet forløp av sykdommen: Halvparten av disse pasientene måtte tilbake til sykehuset, sammenlignet med 30 % av dem som forstod hvordan de kunne forvente forløpet av sykdommen (Hastings et al., 2011). Dette viser at det var svært viktig å ha forståelse for sin egen sykdom og diagnose, og hvordan de kunne forvente at forløpet ville bli etter at de kom hjem.

Selv om det var mange som ikke forstod informasjon om faresignaler viste dette seg å ikke ha særlig innvirkning på risiko for reinnleggelse, heller ikke informasjon om aktiviteter knyttet til egenomsorg (Hastings et al., 2011).

3.2.4. Om pasientene føler seg klar til å komme hjem

I hvilken grad pasienter føler at de er klare til å skrives ut har betydning for hvordan det går med dem når de kommer hjem. Bobay et al. (2010) fant i sin studie at det å føle seg klar til utskrivelse kunne predikere risiko for reinnleggelse, i økende grad jo eldre pasientene var.

De eldre pasientene følte seg totalt sett noe mer klar til å dra hjem fra sykehuset enn de yngre, også når det gjaldt hvor gode kunnskaper de opplevde at de hadde, hvordan de vurderte sin fysiske form, og egen mestringsevne (Bobay et al., 2010).

I hvilken grad kvalitet på informasjon og undervisning hadde innvirkning på hvor klar pasientene følte seg for utskrivelse, varierte i ulike aldersgrupper (Bobay et al., 2010). For pasienter yngre enn 55 år var kvalitet på informasjon, i betydningen riktig mengde og innhold i informasjonen, assosiert med å føle seg klar til utskrivelse, men for pasienter eldre enn 55 hadde dette noe mindre betydning (Bobay et al., 2010). Måten informasjon ble levert på, det vil si kvaliteten på selve undervisningen, hadde sterk assosiasjon med å føle seg klar til utskrivelse helt opp til 85 år, både når det gjaldt hvor gode kunnskaper pasientene opplevde å ha, tro på egen mestring og hvor mye støtte de forventet å få når de kom hjem (Bobay et al., 2010). For de eldste >85 år hadde derimot kvalitet på undervisningen ingen sammenheng med å føle seg klar til utskrivelse. For disse pasientene så det ut til å være andre faktorer enn informasjon som var viktige for å føle seg klar til å komme hjem (Bobay et al., 2010).

For alle pasienter over 65 år var det altså høyere risiko for reinnleggelse dersom de scoret lavt på å føle seg klar til utskrivelse (Bobay et al., 2010). Nesten 45 % av de eldste pasientene som scoret lavt på mestringsfølelse hadde en reinnleggelse eller var på akuttmottaket innen 30 dager (Bobay et al., 2010), og over 30 % av de eldste pasientene som scoret lavt på hvor mye

støtte de forventet å få hjemme, og på personlig status ved utskrivelse opplevde negative utfall (Bobay et al., 2010).

Det var altså viktig at pasientene hadde forstått informasjon om sykdommen sin og forventet forløp når de kom hjem, at informasjon var tilpasset nivå av helsekompetanse, at de følte seg klar til å skrives ut, og at de hadde en opplevelse av mestring og kontroll, for å forebygge reinnleggelse på sykehus.

4.0. Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan helseinformasjon til eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet bør utformes og overleveres for å fremme deres evne til å ivareta egen helse. Gjennom en litteraturgjennomgang har jeg undersøkt hvilken evidens som foreligger om hvilke metoder for informasjonsoverføring som har vist å ha god effekt ved utskrivelse av skrøpelige eldre pasienter, og hvilke forhold knyttet til informasjon ved utskrivelse fra sykehus som er viktige for at de skal kunne ivareta egen helse etter utskrivelse, og dermed unngå reinnleggelser.

Fire ulike metoder for informasjonsoverføring ble identifisert i denne studien (Choi, 2013, 2016; Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005; Lin et al., 2014). Alle fire handlet om informasjon til eldre pasienter ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet, men bare én av dem var spesielt rettet mot eldre med redusert helsekompetanse (Choi, 2013, 2016). Metodene for informasjonsoverføring i denne studien er kombinasjoner av muntlig og skriftlig informasjon gitt på ulik måte, i ulik varighet og utforming.

Når man sammenstiller særtrekk ved disse metodene, ser det ut til at god tid, individuelt tilpasset informasjon levert en til en både muntlig og skriftlig, samt oppfølging i hjemmet etter utskrivelse er sentrale elementer for at informasjonsoverføring skal ha effekt. I denne studien hadde dessuten følgende forhold ved informasjon innvirkning på risiko for reinnleggelse for skrøpelige eldre pasienter: Pasientens nivå av helsekompetanse og kognitiv funksjon, manglende forståelse av diagnose og annen viktig medisinsk informasjon, og om pasienten følte seg klar til å skrives ut fra sykehuset og hadde tro på egen mestring. Dette er alle viktige forhold som kan påvirke pasientens evne til å ivareta egen helse i hjemmet etter utskrivelse, som igjen kan ha betydning for risiko for reinnleggelser.

4.1. Å bruke god tid på å informere

Det å investere tid på informasjonsoverføring viste seg å være et sentralt resultat i denne studien, for å sikre at pasienter skal forstå informasjon ved utskrivelse, og unngå reinnleggelser. Én metode funnet i denne studien skiller seg fra de andre tre ved å bruke lite tid på informasjon. PADDLE (Lin et al., 2014) er en metode som inneholder mange av de samme elementene som de andre tre; den består av muntlig og skriftlig informasjon, gitt en til en, og inneholder informasjon om hver enkelt pasients diagnose, behandling og medisiner, men førte allikevel ikke til varig økt forståelse av informasjonen pasientene fikk ved utskrivelse, hverken tre eller seks måneder etter at de kom hjem. Dette kan skyldes at det har gått lang tid, men to av de andre inkluderte studiene kunne vise til bedre resultater, til tross for at disse hadde tilsvarende lange tidsintervaller frem til siste måling; både Koelling et al (2005) og Coleman et al. (2006) hadde målinger én, tre og seks måneder etter utskrivelse, og metodene for informasjonsoverføring disse studiene undersøkte førte til bedre utfall i hele oppfølgingsperioden.

Det som skilte PADDLE mest fra de andre metodene var at denne var laget nettopp for å ta opp lite av personalets tid, slik at den skulle være lett å gjennomføre (Lin et al., 2014), og ikke koste for mye penger. Behandlende lege bruker her 5-10 minutter på å gå gjennom informasjonsbrevet med pasientene. Til sammenligning investerer de andre tre betydelig mer tid på å informere pasientene; Pasientene i studiene til Choi (2016) og Koelling et al. (2005) fikk en hel time med informasjon, og pasientene i studien til Coleman et al. (2006) enda mer, fordelt på minst to møter og to telefonsamtaler. Det kan derfor se ut til at det er nødvendig med mer enn 5-10 minutter med informasjon for at det skal virke.

I studien til Koelling et al. (2005) ble det lagt vekt på selve undervisningen, der pasienten fikk grundig opplæring om sykdommen, behandlingen og virkning av medisinene. The Care Transitions Intervention har et litt annet fokus, ikke bare undervisning og informasjon, men fokus på å styrke pasientens evne til selv å finne informasjon og søke hjelp dersom de har spørsmål (Coleman et al., 2006). Begge disse metodene for informasjonsoverføring førte til gode resultater, det vil si at disse pasientene klarte seg bedre hjemme etter utskrivelse enn pasientene i kontrollgruppene (Coleman et al., 2006; Koelling et al., 2005). Man kan allikevel ikke si at det er tidsaspektet alene som førte til at disse metodene hadde god effekt og PADDLE ikke. Det er trolig også viktig at de foregår muntlig og skriftlig og en til en, men

den typen undervisning og oppfølging som disse metodene gir vil ikke la seg gjøre å gjennomføre i løpet av 5-10 minutter.

Pasientene som fikk piktogrambasert informasjon fikk også en time med en til en undervisning før utskrivelse, noe som resulterte i bedre forståelse av informasjonen, også etter fire uker (Choi, 2016). En svakhet med denne studien er at det er uklart hvilket tilbud pasientene i kontrollgruppen fikk, utover det at de fikk den skriftlige informasjonen utlevert på én A4-side, som var normalprosedyren ved dette sykehuset. Det er en mulighet for at den økte forståelsen pasientene i intervensjonsgruppen hadde, ikke bare skyldtes den piktogram-baserte informasjonen, men det faktum at de fikk en hel time undervisning, som pasientene i kontrollgruppen trolig ikke fikk. Det er derfor noe uklart om resultatene skyldtes god tid eller den skriftlige, piktogrambaserte informasjonen pasientene fikk med seg hjem. Trolig hadde begge deler innvirkning. Resultatene fra den kvalitative studien fra 2013, der pasientene uttrykte seg svært positivt om piktogrammene, tyder på at piktogrambasert informasjon fungerer bra for pasienter med redusert helsekompetanse (Choi, 2013). Andre studier som har undersøkt intervensjoner rettet mot eldre har også funnet at illustrasjoner i skriftlig informasjon øker forståelsen av informasjonen (Chugh, Williams, Grigsby, & Coleman, 2009). Denne typen skriftlig informasjon kan også være lettere for pasientene å gå tilbake til ved senere anledninger, om de behøver repetisjon av informasjon de fikk på sykehuset.

Det kan se ut til at hensynet til at metoden skal ta lite tid og være lett å gjennomføre kan gå på bekostning av det man ønsker å oppnå ved å informere pasientene ved utskrivelse; at de skal klare å ta vare på seg selv når de kommer hjem.

Å få muligheten til å bruke tid på informasjon og undervisning kan være et problem for helsepersonell, både på grunn av høyt arbeidspress i hverdagen, og på grunn av kortere liggetid på sykehusene (Kristoffersen et al., 2017; Wyller, 2020); tidsrommet pasientene skal få behandling og informasjon i blir komprimert, noe som også innebærer mindre tid til å sikre at pasientene forstår viktig informasjon. Pasientene kan dessuten være i dårlig forfatning ved utskrivelse, til tross for at de er medisinsk ferdigbehandlet (Kirkevold, 2019), og derfor ha problemer med å ta til seg og forstå informasjon. Også en annen studie peker på mangel på tid som barrierer for god informasjonsoverføring; personale føler de har for lite tid til å informere, og til å sikre at pasientene virkelig forstår (Abu et al., 2018). Dersom helsepersonell har for lite tid til å prate med pasientene og forberede dem før utskrivelse kan dette føre til dårligere kommunikasjon og misforståelser, dårligere forståelse av viktig

informasjon, og dårligere pasientsikkerhet (Abu et al., 2018). For lite tid til å prate med pasientene var en av hovedårsakene til dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter i studien til Abu et al. (2018). Manglende forståelse av medisinsk informasjon er en av flere årsaker til reinnleggelser (Abu et al., 2018; Chugh et al., 2009), og derfor viktig å forebygge.

Skrøpelige eldre kan ha ekstra utfordringer når det gjelder å ta imot informasjon. De vil kunne trenge mer tid for å lære, ettersom de kognitive prosessene fungerer i et langsommere tempo ved økende alder (Daatland & Solem, 2011). Eldre kan dessuten være mer sårbare for forstyrrelser, og svekket syn og hørsel kan gjøre læring vanskeligere (Daatland & Solem, 2011). Som beskrevet i kapittel 1.5. er en persons helsekompetanse påvirket av ulike faktorer, både personlige egenskaper, kognitiv funksjon, mestringstro med mer, men pasientens kontekst påvirker også, som for eksempel miljøet på sykehuset, samt hvilke krav situasjonen stiller til personen (Sørensen et al., 2012). Dette betyr at en skrøpelig eldre person som skal skrives ut har behov for tilpasning, og en av måtene å gjøre det på er å gi personen nok tid. Pasienter har også selv uttrykt at tid er viktig: I en studie ble pasienter med brystsmerter som kom til akuttmottaket spurt om hva som var det viktigste for dem ved utskrivelse (Ackermann et al., 2016); de hyppigst forekommende svarene var at pasientene ønsket å føle at personalet brydde seg om dem, å få bekreftelser og bli beroliget, å bli tatt på alvor, og å få tid til å stille spørsmål og å få spørsmålene besvart, samt å få nok tid sammen med legen (Ackermann et al., 2016).

Det er teoretisk sett mulig å bruke uendelig med tid på å informere og undervise pasienter før utskrivelse, men det vil til syvende og sist bli et kostnadsspørsmål. Et viktig spørsmål er hvor mye tid som er nødvendig for å oppnå god nok forståelse. Dette vil være individuelt, fra pasient til pasient, ikke alle behøver like mye tid, men en time har i alle fall vist god effekt i denne studien. Dette vil også komme an på den pedagogiske kompetansen til den som underviser, ettersom kvaliteten på undervisningen viste seg å være viktigere enn innholdet (Bobay et al., 2010).

I studien til Coleman et al. (2006) gjorde de et anslag over kostnader ved intervensjonen versus innsparinger på grunn av færre reinnleggelser, og de fant at innsparingene var betydelig større enn kostnaden. Dette blir vanskelig å overføre direkte til norske forhold, ettersom finansieringen av amerikansk helsetjeneste er annerledes enn den norske, men det vil trolig være rimeligere også her å investere i bedre tid og bedre metoder for

informasjonsoverføring som forberedelse av pasientene for å forebygge reinnleggelser, dersom dette kan spare sykehusene for akutte, uønskede reinnleggelser. At så mange som 15,2 % av utskrevne pasienter >67 år reinnlegges er kostnadskrevende for sykehusene, og øyeblikkelig hjelp-innleggelser gjør det dessuten vanskeligere for sykehusene å planlegge en effektiv ressursbruk (Helsedirektoratet, 2018).

4.2. Individuell tilpasning av informasjon er viktig for å unngå reinnleggelser

Helsekompetanse og kognitiv funksjon er viktige faktorer for forståelse og etterlevelse av informasjon ved utskrivelse fra sykehuset (Coleman et al., 2013). Dette innebærer at det er svært viktig for helsepersonell å vite om pasienten har redusert helsekompetanse og/eller kognitiv svikt. De to har nær sammenheng. Redusert helsekompetanse hos eldre kan i stor grad skyldes kognitiv svikt (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014), men andre faktorer kan også spille inn, som for eksempel utdanningsnivå, motivasjon og lav sosial støtte, eller dårlig syn og hørsel (Sørensen et al., 2012). Forholdet mellom helsekompetanse og kognitiv er viktig å forstå for å kunne tilpasse riktig informasjon og oppfølging for pasientene (Chugh et al., 2009). Dette er et tema som er ukjent for mange, og dårlig forstått av helsepersonell, og det er nødvendig med mer kunnskaper. Regjeringen har i sin strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen lagt vekt på at helsekompetanse skal bli et obligatorisk tema i helsefagutdanninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). I Geboers' intervensjonmodell er det illustrert hvordan man kan jobbe for bedre helserelaterte utfall for pasienter på organisasjonsnivå, ved å sørge for bedre kunnskaper om helsekompetanse hos helsepersonell, samt gjennom å gjøre helsetjenesten lettere å forholde seg til for personer med redusert helsekompetanse (Geboers et al., 2018). I regjeringens strategi legges det opp til flere ulike intervensjoner på dette nivået (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b): Sykepleierutdanningene og Master i Avansert Klinisk Sykepleie vil ha helsekompetanse som tema i utdanningene, og helsetjenesten vil få ansvar for kompetanseheving av ansatte. Det legges også opp til at helsekompetansetenkning og -hensyn må integreres i organisering og arbeid med kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). I Nasjonal helse- og sykehusplan pekes det dessuten ut konkrete områder spesialisthelsetjenesten skal jobbe med for å bedre pasienters helsekompetanse, så som bedre tolketjenester, klart språk i pasientinnkallinger og økende grad av samvalg for pasienter, noe som krever tilpasset og relevant informasjon til pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Det var lite informasjon å finne i de inkluderte studiene om metoder for informasjonsoverføring som passer for pasienter med redusert helsekompetanse, bare Choi (2013, 2016) hadde en metode spesielt for denne pasientgruppen, med piktogrambasert informasjon. Chugh et al. (2009) foreslår konkrete tiltak til pasienter som har enten redusert helsekompetanse, kognitiv svikt eller begge deler. Forskjellene består generelt i at pasienter med redusert helsekompetanse kan ha effekt av metoder for innlæring og informasjon, som for eksempel Teach-back eller skriftlig informasjon med ulike former for illustrasjoner, mens pasienter med kognitiv svikt trenger andre tilnærmingsmåter (Chugh et al., 2009).

Teach-back nevnes flere steder som en god metode for informasjonsoverføring for pasienter med redusert helsekompetanse (Chugh et al., 2009; Coleman et al., 2013; Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2017). Metoden går kort fortalt ut på at pasienten blir bedt om å gjenfortelle informasjonen med egne ord, for å sikre at pasienten har forstått budskapet riktig. På denne måten kan man også avdekke problemer med å huske eller forstå, og få en sjanse til å gjenta viktig informasjon. Metoden har en egen nettside som inkluderer en verktøykasse, utviklet av Institute for Healthcare Advancement, http://www.teachbacktraining.com/home, og er derfor lett tilgjengelig for helsepersonell som vil ta metoden i bruk. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for trygg utskrivelse av pasienter foreslår også Teach-back som en god metode for å sikre at pasienter har forstått informasjon som blir gitt på norske sykehusavdelinger før utskrivelse (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2017).

Dette kan være et godt tiltak for pasienter med redusert helsekompetanse, men vil kanskje ikke fungere like godt for pasienter som har problemer med redusert minne eller eksekutiv svikt (Chugh et al., 2009). Pasientene kan klare å gjenfortelle informasjonen der og da, men glemme det innen de har kommet hjem, eller ikke greie å iverksette det de har lært. Pasienter med kognitiv svikt trenger andre tilnærmingsmåter, som for eksempel deltagelse av pårørende ved informasjon, og tettere oppfølging av helsepersonell i hjemmet etter utskrivelse (Chugh et al., 2009).

Ulike utfordringer hos pasientene krever altså ulike tilnærmingsmåter og metoder når man skal informere pasienter. Det er derfor viktig å kartlegge pasienten allerede når denne kommer inn til sykehuset for å vite hvordan hver enkelt pasient klarer å ta imot informasjon.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler i tiltakspakken for trygg utskrivelse å starte planlegging av utskrivelse allerede ved innkomst på sykehuset (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2017), blant annet ved å gjennomføre en strukturert innkomstsamtale med pasienten. Pasientsikkerhetsprogrammet legger ikke opp til kartlegging av helsekompetanse eller kognitiv funksjon, men det ville være mulig å legge til rutiner som starter opp en kartlegging av dette i innkomstsamtalen, som så bør videreføres gjennom hele oppholdet på sykehuset ettersom personalet blir bedre kjent med pasienten. Sykepleiere gjør mye informasjonsarbeid og vurderinger av pasientene fortløpende i løpet av et opphold, som ikke dokumenteres, og det å lage rutiner for å dokumentere det arbeidet som allerede gjøres vil være tidsbesparende, føre til at viktig kunnskap videreføres mellom skiftene, og at dobbeltarbeid unngås (Foust, 2007).

Ifølge Han et al. (2011) er det behov for å mer rutinemessig screene pasienter for kognitiv svikt når de legges inn på sykehus. De foreslår bruk av verktøy som Mini-Cog og Six-item screen tool, som tar kortere tid å gjennomføre enn MMSE, og dermed er både mindre tidkrevende for personalet og innebærer mindre stress for pasientene. Han et al. (2011) fant i sin studie at pasienter med demens som får delirium på sykehuset er den gruppen som har størst risiko for å ikke forstå informasjon, de foreslår derfor også bruk av CAM for å kartlegge forekomst av delirium. 4AT er et annet kartleggingsverktøy som er oversatt til norsk, og enkelt å bruke for helsepersonell på sykehusavdelinger (Evensen et al., 2016). Disse instrumentene undersøker kognitiv funksjon/delirium. Det finnes en rekke ulike kartleggingsverktøy for å undersøke pasienters helsekompetanse, som STOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults, short form) og REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), som er dem som er oftest anvendt, men det har ikke i løpet av arbeidet med denne studien blitt identifisert noen kartleggingsverktøy oversatt til norsk som måler nivå av helsekompetanse. Dette er i det hele tatt et område som er lite kjent blant norsk helsepersonell, og det er nødvendig med mer kunnskaper, både om helsekompetanse, og hvordan det forholder seg til kognitiv svikt (Chugh et al., 2009). Det vil antagelig ikke være gunstig å screene pasienter for helsekompetanse eller kognitiv funksjon allerede ved innleggelsestidspunktet, ettersom innleggelse på sykehuset er en stressende situasjon, noe som vil kunne føre til dårligere resultater på tester (Wyller, 2015 s.134), men det vil være viktig å fortløpende gjennom oppholdet vurdere begge faktorer. Det bør derfor legges til rette for rutiner som sikrer at vurderingene blir gjort og dokumentert, slik at personalet kan begynne planlegging for utskrivelse og sørge for god individualisert tilrettelegging av informasjon.

Dette innebærer å jobbe med intervensjoner på individnivå, se Geboers' intervensjonsmodell (Geboers et al., 2018). En AGS kan her bidra både i forhold til kompetanseheving og med å implementere gode rutiner for kartlegging og individualisering av informasjon, og for undervisning av personalet. Chugh et al. (2009) foreslår også å lære opp et team ved lokale avdelinger, med personale som dermed vil være ekstra rustet til å gjenkjenne redusert helsekompetanse og kognitiv svikt, og som kan tilrettelegge for optimalisert læring for disse pasientene, og koordinere utskrivelse og eventuell videre oppfølging i hjemmet.

4.2.1. Oppfølging i hjemmet etter utskrivelse

Pasienter som har store utfordringer knyttet til redusert helsekompetanse og kognitiv svikt kan ha behov for ytterligere tilpasning enn tilrettelagt informasjon inne på sykehuset. Chugh et al. (2009) foreslår telefonoppfølging av pasienter innen 72 timer etter utskrivelse. Det er imidlertid ikke sikkert at dette er tilstrekkelig for pasienter med sterkt redusert helsekompetanse og/eller kognitiv svikt. For pasientene med størst utfordringer foreslår Chugh et al. (2009) å ta i bruk the Care Transitions Intervention utviklet av Coleman et al. (2006), med hjemmebesøk etter utskrivelse, som er en av metodene for informasjonsoverføring inkludert i denne studien. Oppfølging i hjemmet etter utskrivelse var et tiltak som gav svært gode resultater (Coleman et al., 2006; Parry et al., 2006). The Care Transitions Intervention førte til økt trygghet og tilfredshet, og pasientene fikk større tro på egen mestring, i tillegg til økt forståelse og kunnskaper (Coleman et al., 2006; Parry et al., 2006). Pasientene la stor vekt på at spesielt hjemmebesøket førte til trygghet, også før selve besøket hadde funnet sted; bare vissheten om at noen kom hjem til dem gav stor trygghet (Parry et al., 2006).

Også andre studier har vist god effekt av hjemmebesøk etter utskrivelse. En pilotstudie undersøkte effekten og gjennomførbarheten av hjemmebesøk av en farmasøyt (Bergheim, Jacobsen, Clausen, & Straand, 2008). Hensikten var å redusere feilbruk av legemidler, noe som er en viktig årsak til mange reinnleggelser. Mange feil ble avdekket, og det viste seg at pasientene også ønsket seg mer informasjon enn de hadde fått på sykehuset, om virkning og bivirkninger av medisinene. De fleste pasientene var også positive til hjemmebesøket og følte det gav dem trygghet og bedre kunnskaper om legemidler (Bergheim et al., 2008). Han et al. (2011) anbefaler også hjemmebesøk som oppfølging etter utskrivelse for pasienter med kognitiv svikt. I Tromsø er det prøvd ut en intervensjon for oppfølging av multisyke pasienter med langtids behov for oppfølging, the Patient-Centered Team intervention (PACT) (Berntsen

et al., 2019). Dette innebar individualisert, personsentrert oppfølging av et tverrfaglig geriatrisk team, bemannet både fra sykehuset og primærhelsetjenesten, og som hadde hatt en sterk rolle i koordinering av tjenestene for skrøpelige eldre både før og etter utskrivelse (Berntsen et al., 2019). Intervensjonen viste gode resultater med redusert dødelighet og risiko for reinnleggelser. Denne ville kunne egne seg for de skrøpeligste pasientene som er nevnt over, med komplekse behov over lang tid, som ikke klarer seg med god informasjon alene. Bobay et al. (2010) fant i sin studie at de eldste pasientene >85 år ikke opplevde det tilstrekkelig med god informasjon eller undervisning for å føle at de var klar til å skrives ut fra sykehuset, det så ut til å være nødvendig med andre tiltak. Kanskje kan oppfølging i hjemmet etter oppholdet på sykehuset, som vist i en av metodene over, være det disse pasientene trenger.

Det å få oppfølging i hjemmet etter utskrivelse er altså både en god intervensjon for å gjøre pasienter trygge og tilfredse. Det er også en god måte å sikre at pasientene har fått den informasjonen de trenger for å ivareta egen helse når de kommer hjem. Det gir helsepersonell en mulighet til å supplere informasjon de mangler, og til å fange opp dem som ikke klarer seg så godt før det oppstår alvorlige feil eller problemer.

4.3. Å ha mestringstro og føle seg klar til utskrivelse

Et sentralt resultat i denne studien var at det er en sammenheng mellom det å føle seg klar til utskrivelse og risiko for reinnleggelser. I studien til Bobay et al. (2010) viste det seg at det å føle seg klar til utskrivelse kunne predikere risiko for reinnleggelse, i økende grad jo eldre pasientene var. Det vil si at pasienter som ved utskrivelse ikke følte seg klar til å reise hjem hadde større risiko for reinnleggelse. Å føle seg klar til utskrivelse henger sammen med å føle at man kan klare seg hjemme, at man har fått nok informasjon og føler at man har nok kunnskaper, støtte fra pårørende, og tro på at man kan klare seg selv. Mestringstro og en følelse av kontroll er faktorer som er viktige for forståelse og etterlevelse av informasjon (Coleman et al., 2013). Ifølge Daatland og Solem (2011) kan tro på at en har problemer med læring og hukommelse på grunn av høy alder, føre til at eldre legger mindre innsats i å huske, nettopp på grunn av dårlig mestringstro. Det er derfor viktig å styrke pasientenes tro på egen mestring, og dette vil i sin tur styrke pasientens helsekompetanse. Dette er et av områdene for intervensjoner på individnivå, rettet mot en persons helsekompetanse som foreslås i Geboers' intervensjonsmodell (Geboers et al., 2018). En konsekvens av å hjelpe pasienter til økt

helsekompetanse kan være økt motivasjon (Sørensen et al., 2012), det vil si at pasienter kan bli mer motiverte til å ivareta egen helse etter utskrivelse fra sykehuset.

God undervisning gjør at pasienter føler seg mer klar til utskrivelse

Undervisning av god kvalitet var viktigere for å føle seg klar til å reise hjem enn selve innholdet i informasjonen, for pasienter opp til 85 år (Bobay et al., 2010). Også en annen studie kom frem til dette (Weiss et al., 2007); mengden undervisning og hvor dyktige sykepleierne var til å undervise hadde stor betydning for å føle seg klar til å reise hjem. Dersom undervisningen sykepleierne gir er av god kvalitet kan man korte ned på innholdet som er nødvendig for å oppnå ønsket resultat (Weiss et al., 2007). Å gi for stor mengde informasjon kan dessuten føre til «overload», at pasientene ikke klarer å huske alt som er sagt, og ikke klarer å sile ut det som er det viktigste (Abu et al., 2018). I begrepet god undervisning legger Weiss et al. at sykepleieren må være oppmerksom og lyttende, ta seg tid til å svare på spørsmål, og være sensitiv til personlige holdninger og overbevisninger. Dette stemmer bra med funnene presentert i kapittel 3.2.1.1. om at det er viktig å bruke tid på å informere pasientene.

Når man skal gi pasienter god undervisning er det viktig å være oppmerksom på god timing for samtalen. Sykepleieren må kunne velge et tidspunkt som passer for pasienten og familien (Weiss et al., 2007), slik at de er mottagelige for å ta imot informasjon, og kan møte forberedt. Det er forskjellig fra pasient til pasient hva som er det riktige tidspunktet. Noen ønsker informasjon så tidlig som mulig, mens andre vil oppleve for tidlig informasjon som en måte å fremskynde utskrivelse på før pasienten føler seg klar (Abu et al., 2018). En løsning er derfor å undersøke med hver enkelt når de ønsker å motta informasjon. Samtalen bør også foregå på et sted der de deltagende kan få ro og unngå forstyrrelser (Abu et al., 2018). Personens kontekst er en av faktorene som påvirker helsekompetanse (Sørensen et al., 2012); pasienter med redusert helsekompetanse kan være ekstra sårbare i forhold til forstyrrelser. Eldre kan generelt ha større problemer med å overse forstyrrende faktorer, som støy og bevegelser i omgivelsene (Daatland & Solem, 2011). Sykepleieren må ha fokus på å dempe eventuell uro og bygge opp pasientens og de pårørendes selvtillit og mestringstro (Weiss et al., 2007). Dette fører til at pasienten føler seg mer klar til å skrives ut, noe som viste seg å ha betydning i forhold til risiko for reinnleggelse. (Bobay et al., 2010).

God kvalitet på undervisningen kan altså gjøre at det er behov for mindre mengde informasjon, som beskrevet over (Weiss et al., 2007), men det er heller ikke likegyldig hva

sykepleierne underviser om, det vil si innholdet i informasjonen. Det var et resultat i denne studien at det var viktigst for å unngå reinnleggelser å ha god forståelse for sin egen diagnose, og forventet forløp av sykdommen (Hastings et al., 2011). Også en annen studie har funnet at det er en viktig oppgave for helsepersonell å hjelpe pasientene til å forestille seg hvordan livet kommer til å bli hjemme etter utskrivelse (LeClerc et al., 2002). Det å føle at det ble vanskeligere enn forventet å komme hjem, at problemer oppstår som ingen har pratet om på forhånd, kan skape unødig engstelse og utrygghet. En annen studie viste at pasienter hadde fått for lite informasjon om hensikten med de nye rutinene de var forventet å følge hjemme etter utskrivelse, som for eksempel et nytt kosthold med salt- og væskerestriksjoner (Werner et al., 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet legger vekt på å involvere pasientene i samtalen ved utskrivelse, og undersøke hva som er viktig for dem når de kommer hjem (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2017). I samtalen anbefaler de å gå gjennom blant annet hva som har hendt/epikrise, legemidler, normale plager, tegn på forverring og komplikasjoner, råd om hva de bør/ikke bør gjøre, informasjon om videre oppfølging og hvor man kan henvende seg ved behov for hjelp. Dette ville i stor grad dekke de områdene som Hastings et al. (2011) fant var viktige å forstå for å unngå reinnleggelser. De legger også vekt på at den som informerer bør vise en holdning som gjør at pasienten føler trygghet og våger å komme med spørsmål og innvendinger (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2017). Trygghet og mestring av egenomsorg er altså et fokus i tiltakspakken, samt at pasientene skal kunne delta på den måten at de får uttrykke hva som er viktig for dem. Dette stemmer bra overens med resultatene i denne studien, men det mangler allikevel et fokus på enkeltindividers nivå av helsekompetanse og individuell tilrettelegging for at pasienter med utfordringer knyttet til helsekompetanse og kognitiv funksjon skal oppnå god forståelse av viktig informasjon.

4.4. Relevans for klinisk praksis

Resultatene i denne studien viser at det er viktig å ha fokus på pasientenes helsekompetanse og kognitive funksjon, når man skal tilrettelegge for forståelse av informasjon.

Ettersom helsekompetanse er et forholdsvis nytt begrep i Norge, og det er dårlig forstått blant norsk helsepersonell, er det viktig med kompetanseheving på området. Lokalt på sykehusavdelinger kan en AGS bidra til dette, ved å sørge for en kunnskapsbasert praksis (Fagerström & Maizels, 2019 s.119). Dette innebærer å finne frem til og tolke forskning om

helsekompetanse, tilpasse det lokalt til praksis på eget arbeidssted, samt veilede og undervise kolleger.

Fokus i denne studien har i stor grad ligget på pasientene som enkeltindivider, det vil i den delen av Geboers intervensjonsmodell som handler om individet og individets nære kontekst, og kommunikasjonen med sykepleieren (Geboers et al., 2018). En AGS står i en god posisjon for å bidra til å finne intervensjoner for å heve enkeltindividers helsekompetanse, ettersom en AGS jobber pasientnært, og ut fra et holistisk perspektiv (Fagerström & Maizels, 2019 s.90). Det har framkommet flere metoder for hvordan man kan jobbe med god informasjonsoverføring, og viktige faktorer sykepleiere må ta hensyn til, i denne studien, som kartlegging og individuell tilpasning av informasjon.

Intervensjoner som styrker pasientenes helsekompetanse kan, som modellen viser, rette seg mot å bedre kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonell (Geboers et al., 2018). I denne studien har det kommet frem at denne kommunikasjonen er viktig, og at måten sykepleiere underviser har mye å si for et godt resultat. Sykepleiere trenger kunnskaper om helsekompetanse, om hvilken tilrettelegging som fungerer for pasienter med redusert helsekompetanse, samt hva en pasient med kognitiv svikt har behov for. Det er også behov for å utvikle og gjennomføre gode rutiner for kartlegging, så man kan fange opp de pasientene som er ekstra sårbare. Slike oppgaver kan en AGS være godt kvalifisert til å ta ansvar for, lokalt på sin arbeidsplass (Fagerström & Maizels, 2019 s.119). Sykepleiere bruker allerede mye «usynlig» tid på forberedelse for utskrivelse, vurdering av pasientene og informasjon til pasienter (Foust, 2007). Det ville være gunstig å utarbeide bedre rutiner for dokumentasjon for å både synliggjøre arbeidet og de opplysninger/vurderinger som framkommer, men også for å hindre dobbeltarbeid, samt rutiner og verktøy for å gjøre bedre vurderinger og dokumentere jobben som blir utført.

Intervensjoner rettet mot helsetjenesten på et høyere nivå, det vil si sykepleierens kontekst (Geboers et al., 2018), er også viktige. Det er behov for at det legges til rette for kompetanseheving, utvikling og implementering av rutiner, samt at personalet får den tiden til rådighet som er nødvendig for å undervise pasientene på en god måte før hjemreise. Det å følge opp pasienter i hjemmet etter utskrivelse er også et tiltak som har vist svært gode resultater. Her kan en AGS bidra ved å være en pådriver for forskning og utvikling (Fagerström & Maizels, 2019 s.121).

4.5. Metodologiske betraktninger

Denne studien har flere begrensninger. Litteratursøk ble gjennomført i tre databaser, og det er mulig at det kunne ha resultert i flere eller andre treff ved å søke i flere databaser. Andre søkeord kunne også ha resultert i andre treff med relevant litteratur. Overraskende få studier som undersøkte konkrete intervensjoner for skrøpelige eldre med redusert helsekompetanse ble identifisert i litteratursøket. Det var en del litteratur som handlet om helsekompetanse, men mest beskrivende artikler, det var mindre fokus på intervensjoner, som også Geboers et al. (2018) påpeker i sin studie.

En styrke ved denne studien er at den inkluderer både kvantitative og kvalitative resultater. Dette har ført til både resultater om hva som gir effekt, og gode pasienterfaringer.

Flere studier som handlet om informasjon til pasienter med redusert helsekompetanse ble ekskludert fra studien, fordi de handlet om pasienter med bestemte diagnoser, men ikke spesifikt handlet om eldre. Dette viser et behov for mer forskning på nettopp denne gruppen, skrøpelige eldre pasienter.

Pasienter med kognitiv svikt, redusert syn o.l. ble utelatt fra flere studier. Dette er grupper som kan ha større behov for nettopp denne typen intervensjoner, det ville derfor være verdifullt med mer forskning som inkluderer disse gruppene.

4.6. Konklusjon

Denne studien har vist at metoder for informasjonsoverføring som er virkningsfulle for skrøpelige eldre pasienter som skrives ut fra sykehuset til hjemmet er komplekse, og består av flere viktige karakteristikker: Informasjon som overleveres muntlig og skriftlig, leveres en til en, samt er individuelt tilrettelagt og tar hensyn til pasientens nivå av helsekompetanse og kognitiv funksjon, og som investerer god tid på informasjon, har vist best virkning i denne studien. Piktogrambasert informasjon hadde god virkning for pasienter med redusert helsekompetanse. Også oppfølging i hjemmet etter utskrivelse viste gode resultater, og er et godt tiltak for pasientene med størst behov for tilrettelegging.

Andre viktige faktorer knyttet til informasjon ved utskrivelse er pasientens nivå av helsekompetanse, kognitiv funksjon og mestringstro, samt i hvilken grad pasienten føler seg klar til utskrivelse. God undervisning kan være viktigere enn innholdet i informasjonen. Den

viktigste informasjonen pasientene måtte forstå for å minske risiko for reinnleggelse viste seg å være egen diagnose, og forventet sykdomsforløp etter utskrivelse.

Helsekompetanse som begrep er dårlig forstått av helsepersonell, det samme er konsekvensene av redusert helsekompetanse når de skal informere pasienter. Det er derfor viktig med kompetanseheving i helsetjenesten. I Norge er det nå økende fokus på dette, i både regjeringens strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, og i ulike pågående forskningsprosjekter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Sykehusavdelinger trenger å ha personale som kan identifisere redusert helsekompetanse hos pasientene, og sørge for god tilrettelegging. Det er derfor også behov for å utvikle eller oversette gode verktøy som kan brukes av sykepleiere på norske sykehusavdelinger, for å kartlegge helsekompetanse hos pasientene.

5.0. Litteratur

Abu, H. O., Anatchkova, M. D., Erskine, N. A., Lewis, J., McManus, D. D., Kiefe, C. I., & Santry, H. P. (2018). Are we "missing the big picture" in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Appl Nurs Res, 44*, 60-66. doi:10.1016/j.apnr.2018.09.006

Ackermann, S., Heierle, A., Bingisser, M.-B., Hertwig, R., Padiyath, R., Nickel, C. H., . . . Bingisser, R. (2016). Discharge Communication in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Defining the Ideal Content. *Health Communication, 31*(5), 557-565. doi:10.1080/10410236.2014.979115

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. ed.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Bergheim, S., Jacobsen, C. D., Clausen, F., & Straand, J. (2008). Hjemmebesøk av farmasøyt etter utskrivning. *Tidsskrift for den Norske legeforening, 128*(5), 567-569.

Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., . . . Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research, 19*(1), 682. doi:10.1186/s12913-019-4397-2

Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatr Nurs, 31*(3), 178-187. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.03.005

Brainard, J., Loke, Y., Salter, C., Koos, T., Csizmadia, P., Makai, A., . . . Szepes, M. (2016). Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy. *BMC Res Notes, 9*, 270. doi:10.1186/s13104-016-2056-9

Choi, J. (2013). Older Adults' Perceptions of Pictograph-Based Discharge Instructions after Hip Replacement Surgery. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(7), 48-54. doi:10.3928/00989134-20130415-02

Choi, J. (2016). Effect of Pictograph-Based Discharge Instructions on Older Adults' Comprehension and Recall: A Pilot Study. *Research in Gerontological Nursing, 9*(2), 66-71. doi:10.3928/19404921-20150513-05

Chugh, A., Williams, M. V., Grigsby, J., & Coleman, E. A. (2009). Better Transitions: Improving Comprehension of Discharge Instructions. *Frontiers of Health Services Management, 25*(3), 11-32. Retrieved from https://journals.lww.com/frontiersonline/Fulltext/2009/01000/Better_Transitions__Improving_Comprehension_of.3.aspx

Coleman, E. A., Chugh, A., Williams, M. V., Grigsby, J., Glasheen, J. J., McKenzie, M., & Min, S. J. (2013). Understanding and execution of discharge instructions. *Am J Med Qual, 28*(5), 383-391. doi:10.1177/1062860612472931

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-j. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine, 166*(17), 1822-1828. doi:10.1001/archinte.166.17.1822

Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, C. d., Lønne, G., Gjevjon, E. R., . . . Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskrift for den Norske legeforening, 136*(4), 299-300. doi:10.4045/tidsskr.15.1334

Fagerström, L., & Maizels, D. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.

Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Appl Nurs Res, 20*(2), 72-77. doi:10.1016/j.apnr.2006.01.005

Franzon, J., Berry, N. M., Wonggom, P., Astley, C., Du, H., Tongpeth, J., . . . Clark, R. A. (2018). Patients' satisfaction with information at discharge. *British Journal of Cardiac Nursing, 13*(4), 182-189. doi:10.12968/bjca.2018.13.4.182

Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. A. R., & de Winter, A. F. (2018). Moving towards a Comprehensive Approach for Health Literacy Interventions: The Development of a Health Literacy Intervention Model. *Int J Environ Res Public Health, 15*(6). doi:10.3390/ijerph15061268

Greysen, S. R., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., . . . Kushel, M. (2014). "Missing pieces"--functional, social, and environmental barriers to

recovery for vulnerable older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc, 62*(8), 1556-1561. doi:10.1111/jgs.12928

Hastings, S. N., Barrett, A., Weinberger, M., Oddone, E. Z., Ragsdale, L., Hocker, M., & Schmader, K. E. (2011). Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *J Patient Saf, 7*(1), 19-25. doi:10.1097/PTS.0b013e31820c7678

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. 7 (2019-2020)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2012-2017*. (Analysenotat i Samdata kommune 5/2018). Oslo: Helsedirektoratet. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/liggedager-og-reinnleggelser-for-utskrivningsklare-pasienter-2012-17/2018-5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf/_/attachment/inline/effde34f-fd1f-40a4-9714-6821c983cdbe:126080ba620f8f9f255e504942d6ecff2fdb5d07/2018-

5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf

Hermansen, Å., & Grødem, A. S. (2015). Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*(1), 24-32. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.53351

Kaphingst, K. A., Goodman, M. S., MacMillan, W. D., Carpenter, C. R., & Griffey, R. T. (2014). Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient Educ Couns, 95*(2), 218-225. doi:10.1016/j.pec.2014.02.005

Kirkevold, M. (2019). Trenger vi sykepleieteori? *Sykepleien, Temautgave: #Hva er egentlig sykepleie?* Retrieved from https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/02/trenger-vi-sykepleieteori

Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 71*(3), 445-457. doi:10.1093/geronb/gbu161

Koelling, M. T., Johnson, L. M., Cody, J. R., & Aaronson, D. K. (2005). Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation, 111*(2), 179-185. doi:10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8

Kristoffersen, D., Hansen, T., Tomic, O., & Helgeland, J. (2017). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016.* Oslo: Folkehelseinstituttet. Retrieved from https://www.fhi.no/publ/2017/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.-resultat/

LeClerc, C. M., Wells, D. L., Craig, D., & Wilson, J. L. (2002). Falling Short of the Mark:Tales of Life After Hospital Discharge. *Clinical Nursing Research, 11*(3), 242-263. doi:10.1177/10573802011003002

Lin, R., Gallagher, R., Spinaze, M., Najoumian, H., Dennis, C., Clifton-Bligh, R., & Tofler, G. (2014). Effect of a patient-directed discharge letter on patient understanding of their hospitalisation. *Intern Med J, 44*(9), 851-857. doi:10.1111/imj.12482

Lorentzen, I. C., Larsby, K. E., Bugge, E., & Lindekleiv, H. (2020). Reinnleggelser ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskrift for den Norske legeforening, 140*(1). doi:10.4045/tidsskr.19.0225

Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *J Health Commun, 17 Suppl 3*, 325-338. doi:10.1080/10810730.2012.715233

Noble, H., & Smith, J. (2018). Reviewing the literature: choosing a review design. *Evidence Based Nursing*, 39-41. doi:10.1136/eb-2015-102252

Parry, C., Kramer, H. M., & Coleman, E. A. (2006). A Qualitative Exploration of a Patient-Centered Coaching Intervention to Improve Care Transitions in Chronically Ill Older Adults. *Home Health Care Services Quarterly, 25*(3-4), 39-53. doi:10.1300/J027v25n03_03

Pasientsikkerhetsprogrammet.no. (2017). *I trygge hender 24/7: Tiltakspakke for trygg utskriving - med pasienten som likeverdig part*. Oslo: Helsedirektoratet. Retrieved from https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/trygg-utskrivning/_/attachment/inline/470964d3-b378-4c12-8aa0-7d9f1852fde1:1bc93a2046ddb9032c2c546f2f3ba3b40deca3e7/tiltakspakke-for-trygg-utskrivning-september-2017-v3.pdf

Skyrud, K. D., Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., & Helgeland, J. (2019). *30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-etter-sykehusinnleggelse.pdf

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 21*(1), 31-42. doi:10.1097/00002800-200701000-00008

Werner, N. E., Tong, M., Borkenhagen, A., & Holden, R. J. (2019). Performance-Shaping Factors Affecting Older Adults' Hospital-to-Home Transition Success: A Systems Approach. *Gerontologist, 59*(2), 303-314. doi:10.1093/geront/gnx199

Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wyller, T. B. (2020). Reell samhandling forebygger reinnleggelse. *Tidsskrift for den Norske legeforening, 140*(1). doi:10.4045/tidsskr.19.0724