



Informasjonsutveksling i overgangen mellom sykehus og kommune - innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag

Lisa Sætrang Mikalsen

Masteroppgave i sykepleievitenskap

60 studiepoeng

Institutt for helse og samfunnsvitenskap
Det medisinske fakultet

15.mai 2020

Sammendrag:

Bakgrunn. Studier viser at informasjonen som hjemmesykepleiere mottar fra sykepleiere på sykehuset når pasienter skrives ut, i mange tilfeller ikke har tilstrekkelig kvalitet til at hjemmesykepleien kan følge opp pasienter på forsvarlig måte.

Hensikt. Masteroppgaven består av en empirisk studie, og en tematisk fordypning i form av en refleksjonsoppgave. Hensikten med oppgaven som helhet har vært å utforske det innholdsmessig aspektet i informasjonen som utveksles mellom sykehus og kommune. Den empiriske studien retter oppmerksomhet mot hva hjemmesykepleiere betrakter som relevant og nødvendig informasjon når pasienten skrives ut fra sykehuset, mens refleksjonsoppgaven fokuserer hovedsakelig på relasjonelle og tekniske forhold som kan utfordre innholdsmessig kvalitet.

Metode. Studien var en kvalitativ studie hvor to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer ble gjennomført, med henholdsvis fem og seks hjemmesykepleiere i to kommuner. Litteratursøk ble benyttet som metode for å besvare problemstillingen i refleksjonsoppgaven.

Resultat. Studien viser at sykepleierne ønsker utfyllende informasjon om hvilke vurderinger og tiltak som er gjort på sykehuset. Sykepleierne har dessuten et forebyggende perspektiv, og ønsker informasjon om forhold som kan ha medvirket til sykehusinnleggelse. Siden epikrise fra lege noen ganger mangler ved utskrivelse, etterspør sykepleierne også informasjon om hva som har vært forløpet under sykehusinnleggelsen og hva som er videre planer for oppfølging. Den tematiske fordypningen i refleksjonsoppgaven antyder flere forhold som kan utfordre innholdsmessig kvalitet, hvor helsetjenestenivåenes ulike faglige mål og kontekst er sentralt.

Konklusjon. Hjemmesykepleiere erfarer at informasjonen fra sykepleierne på sykehuset ofte er mangelfull, og det er behov for å styrke kvaliteten på innholdet. Et sentralt område i denne sammenheng, er å undersøke hvordan IKT- systemet som benyttes i informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene, på en mer treffsikker måte enn i dag kan understøtte behovet for relevant og nødvendig informasjon.

Nøkkelord: pasientoverføring, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, informasjonsutveksling, utfordringer, sykepleiedokumentasjon, informasjonskvalitet

Abstract:

Background. Studies show that the information the homecare nurses receive from nurses at the hospital when patients are discharged, in many cases is not of sufficient quality for the homecare nurse to follow up patients properly.

Purpose. This thesis consists of an empirical study and a reflection essay. The overall purpose has been to explore the contextual- related aspect of the information exchanged between hospitals and municipalities. The empirical study focuses on what homecare nurses perceive as relevant and necessary information when the patient is discharged from the hospital, while the reflection essay focuses mainly on relational and technical aspects that can challenge the quality of information.

Method. The empirical study used a qualitative design, in which two semi-structured focusgroup interviews were conducted, with five and six home nurses in two municipalities respectively. Literature search has been used as a method to illuminate the issue in the reflection essay.

Result. The empirical study shows that the nurses want detailed information about the considerations and actions taken at the hospital. Nurses want to prevent new admissions when possible, and requests information on matters that may have contributed to hospitalization. Since the doctor's discharge summary sometimes is absent when the patient get home, the nurses request information about what has been relevant during the hospitalization, and what is the follow-up plan for the patient. The reflection essay suggests several factors that can challenge the quality of information, where the different professional goals and context of the health care levels are key factors.

Conclusion. Home nurses experience that the information provided by the nurses in the hospital often is incomplete. There is a need to improve the quality of the content of the information. A key area in this context, is to investigate how the electronic system used in information exchange between the healthcare levels, can support the need for relevant and necessary information in a more precise way than today.

Keywords: patient transfer, specialist health care, primary health care, information exchange, challenges, nursing documentation, information quality

Innhold

Del 1. Artikkel	9
Sammendrag	10
1.0 Introduksjon.....	12
2.0 Metode og materiale	13
2.1 Design.....	13
2.2 Utvalg og setting.....	13
2.3 Datainnsamling og utvikling av intervjuguide	14
2.4 Etske overveielser.....	15
2.5 Analyse	15
3.0 Resultater	16
3.1 Informasjonen må settes inn i en større sammenheng.....	16
3.2 Å se pasienten i et forebyggende perspektiv	17
3.3 Forløp under sykehusinnleggelsen og planer for oppfølging	18
4.0 Diskusjon	19
4.1 Studiens validitet og relabilitet	21
5.0 Konklusjon	21
Referanser	23
Vedlegg 1- forfatterveiledning	27

Vedlegg 2.....	32
Vedlegg 3.....	33
Del 2. Refleksjonsoppgave	34
1.0 Innledning	35
1.1 Avklaring	37
2.0 Teoretisk rammeverk	37
2.1 Fire former for samhandling	38
2.2 «Informasjonskvalitet» etter Fehrenbacher og Helfert sitt rammeverk	40
3.0 Metode	41
4.0 utfordringer ved innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag	42
4.1 Ulik funksjon og kontekst preger samhandling mellom helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten.....	43
4.2 Tjenestenivåenes ulike funksjon og kontekst- implikasjoner for kvalitet i sykepleiesammendrag	45
4.3 Lite velfungerende mekanismer som kan ivareta relevant og nødvendig informasjon ..	47
4.4 Lite fokus på informasjonsutveksling og samhandling på den enkelte sykehusavdeling	48
4.5 Lite kvalitetssikring av innholdet i sykepleiesammendrag	49
4.6 Helsepersonell dokumenterer i profesjonelle «siloeer»	49
5.0 Begrensninger	51

6.0 Konklusjon.....52

7.0 Referanser.....53



Del 1. Artikkel

Relevant og nødvendig informasjon i sykepleiesammendrag - *hjemmesykepleieres betraktninger*

Relevant and required information in nurses discharge summary – *considerations from home care nurses*

Antall ord: 2991

Antall figurer/tabeller: 1

Sammendrag

Bakgrunn. Studier viser at informasjonen som hjemmesykepleiere mottar fra sykepleiere på sykehuset når pasienter skrives ut, ofte er mangelfull. Innføring av elektronisk meldingsutveksling og standardisering av innholdet, hadde som formål å sikre relevant informasjon. Til tross for dette, erfarer fortsatt hjemmesykepleiere at informasjonen er utilstrekkelig for å kunne følge opp pasienter på forsvarlig måte. Det er få studier som har satt søkelys på det innholdsmessige aspektet i informasjonen som utveksles, og det er behov for å utforske hva som bør definere innholdet i informasjonen som hjemmesykepleiere mottar fra sykepleierne på sykehuset.

Hensikt. Hensikten med studien har vært å utforske hva sykepleiere i hjemmetjenesten anser som relevant og nødvendig informasjon når de mottar pasienter fra sykehuset.

Metode. En kvalitativ studie med to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med henholdsvis fem og seks hjemmesykepleiere i to kommuner ble gjennomført. Datamaterialet ble analysert med konvensjonell innholds-analytiske tilnærming, hvor kategorier og mulige temaer ble utviklet.

Resultat. Studien viser at sykepleierne ønsker utfyllende informasjon om hvilke vurderinger og tiltak som er gjort på sykehuset. Sykepleierne har dessuten et forebyggende perspektiv, og ønsker informasjon om forhold som kan ha medvirket til sykehusinnleggelse. Siden epikrise fra lege noen ganger mangler ved utskrivelse, etterspør sykepleierne informasjon om hva som har vært forløpet under sykehusinnleggelsen og planer for videre oppfølging. Denne informasjonen ble beskrevet som essensiell for å kunne følge opp pasientene på forsvarlig måte.

Konklusjon. Hjemmesykepleiere erfarer at informasjonen fra sykepleierne på sykehuset ofte er mangelfull. For å styrke kvaliteten på innholdet i sykepleiesammendragene, kan et viktig tiltak være å se på hvordan IKT- systemet som benyttes i informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene, på en mer treffsikker måte enn i dag kan understøtte behovet for relevant og nødvendig informasjon.

Nøkkelord: Informasjonskvalitet, sykepleiesammendrag, hjemmesykepleie, sykehus

Hva tilfører studien?

Studien bidrar med å belyse områder som er sentrale for at hjemmesykepleiere skal oppleve sykepleiesammendragene mer nyttige

1.0 Introduksjon

For å nå helsepolitiske mål om sømløse og trygge overganger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, spiller god samhandling og kommunikasjon mellom aktørene en avgjørende rolle (1,2). Sykepleiere har en sentral rolle i denne sammenheng (3,4). En forutsetning for å sikre pasienter med behov for kommunale helsetjenester god oppfølging etter utskrivelse, er at det er god kvalitet på informasjonen som sykehusansatte sender kommunene (5,6). Manglende og utilstrekkelige opplysninger kan føre til alvorlig fare for liv og helse, forsinket oppfølging og reinnleggelser på sykehus (5-7).

Som en konsekvens av forsinket og fragmentert kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i årtier, har myndighetene innført elektroniske meldinger for å styrke informasjonsutvekslingen mellom tjenestenivåene og internt i kommunene. Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) er i dag systemet som benyttes i elektronisk kommunikasjon. PLO består av ulike meldingstyper som understøtter de ulike fasene i et sykehusopphold: innleggelse, utredning/behandling og utskrivelse (8). Ved utskrivelse fra sykehus til kommunale helsetjenester, sendes eksempelvis et sammendrag (utskrivningsrapport) med sammenfattede journalopplysninger til kommunen. For å sikre nødvendig helsefaglig innhold i pleie og omsorgsmeldingene, ble det utviklet felles standard, med både obligatoriske felt og fritekstfelt (9).

Studier har vist at elektroniske meldinger har bedret og forenklet kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten (4, 10-13). Samtidig viser forskning at elektronisk kommunikasjon og standardisering av innholdet, ikke har løst alle utfordringer knyttet til informasjonsutveksling. Utfordringer det pekes på omfatter blant annet tidsaspektet for *når* kommunene mottar informasjon, men berører også det *innholdsmessige* aspektet (3, 5-6). Forskning viser i denne sammenheng at informasjonen som kommunene mottar fra både leger og sykepleiere ofte er mangelfull, lite utfyllende og kommer for sent (5-6, 14).

Det er få studier som har hatt til hensikt å undersøke hva som bør definere innholdet i informasjonen som sykepleiere i kommunen mottar fra sykehuset (7,14,16, 27). Flere forskere

peker på behov for å utforske det innholdsmessige aspektet fremover, for å styrke kvaliteten på informasjonen som utveksles (4-6,10-11,14-16).

Hensikten med denne studien er derfor å utvikle kunnskap om hva sykepleiere i hjemmetjenesten anser som relevant og nødvendig informasjon når de mottar pasienter fra sykehuset. Fokuset er sykepleiersammendraget som sendes kommunen ved utskrivelse.

Teoretisk tar studien utgangspunkt i Alters (17) definisjon av begrepet «informasjonskvalitet». Alter definerer begrepet som «Fitness for use by its users» (17, s. 166). Definisjonen henviser til at informasjonen må tilpasses behovet mottakeren har, for å kunne defineres som god. Dette står sentralt i min studie. Alter deler informasjonskvalitet i 5 dimensjoner: Indre informasjonskvalitet, Tilgang og tilgjengelighet til informasjonen, Kontekstuell kvalitet på informasjonen, Kvalitet på informasjonens representasjon og Informasjonssikkerhet. Videre inneholder hver dimensjon egne elementer.

2.0 Metode og materiale

2.1 Design

Et kvalitativt design ble brukt fordi metoden gir grunnlag for å utvikle en dypere forståelse av studiens tema.

2.2 Utvalg og setting

Inklusjonskriteriene var at sykepleierne skulle ha jobbet minst et halvt år i hjemmetjenesten med tanke på erfaring med utskrivningsrapporter. Leder for ulike hjemmesykepleieavdelinger ble kontaktet gjennom e-post, hvor det ble informert om prosjektet og forspurt om kontaktinformasjon til mulige informanter. Etter at leder hadde videresendt informasjon om prosjektet til sine sykepleiere, fikk jeg e-post adressene til dem som ønsket å delta.

Utvalget bestod av til sammen 11 sykepleiere fra tre hjemmetjenesteavdelinger fordelt på to ulike helseforetakskommuner. Informantene hadde jobbet i hjemmesykepleien fra to til ni år, og alle hadde erfaring med å yte tjenester direkte til pasientene.

2.3 Datainnsamling og utvikling av intervjuguide

Fokusgruppeintervju med bruk av semistrukturerte intervjuer ble benyttet som metode for datainnsamling. Fokusgruppeintervju ble valgt fremfor individuelle intervju, fordi metoden får frem synspunkter fra flere personer på samme tid. Metoden er dessuten egnet når studiens hensikt er å få frem deltakeres meninger om et fenomen. Reaksjoner på hverandres innspill har potensial til å gi en verdifull og dypere forståelse for temaet (18). En assisterende moderator var tilstede under intervjuene for å skrive ned notater om stemning og samhandling som ikke fremkom på lydopptaker. Assisterende moderator hadde også som oppgave å feste replikker til informantens navn.

Antall informanter i hver gruppe ble valgt med utgangspunkt i Malteruds (19) anbefaling om fem til åtte informanter for best mulig deltakerinvolvering. Fordelingen av informanter i grupper ble basert på fordelingen av å ha gruppemedlemmer som er kjente for hverandre, for best mulig flyt i samtalen. To gruppeintervjuer ble gjennomført på møterom ved informantens arbeidsted, og gruppene bestod av henholdsvis fem og seks sykepleiere. Etter to intervjuer vurderte jeg at datamaterialet gav tilstrekkelig rikholdige data til å belyse studiens problemstilling, og ble således bestemmende for antall intervjuer. Begge intervjuene varte i 1,5 time.

To fiktive pasienthistorier (se vedlegg) dannet grunnlaget for samtalen mellom informantene. Med pasienthistoriene som utgangspunkt, ble det vektlagt å få rike beskrivelser av hvilken informasjon sykepleierne anser som nødvendig når de mottar pasienter fra sykehuset, og hvilken betydning informasjonen har. Spørsmålene hadde en åpen karakter, noe som gav mulighet til å utforske informantens synspunkter rundt temaet. Spørsmålene i intervjuguiden ble benyttet for å dekke formålstjenlige tema. For å sikre dataenes kvalitet, ble det lagt vekt på å stille bekreftende/avkreftende spørsmål underveis i intervjuet, for å versifisere informantens utsagn.

2.4 Etiske overveielser

Skriftlig informert samtykke ble innhentet i første møtet med sykepleierne. Studien er meldt Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer: 469301). Alle personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen, og data er lagret etter gjeldene retningslinjer.

2.5 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert ordrett av intervjuer. Data er analysert ved hjelp av konvensjonell innholds-analytisk tilnærming i en induktiv prosess, hvor kategorier og mulige temaer ble utviklet (20-21).

Første steg i fortolkningsarbeidet startet med transkriberingen. Intervjuene ble deretter lest flere ganger i sin helhet for å få oversikt over datamaterialet. Teksten ble så gjennomgått på nytt, hvor nøkkelord med informantenes egne ord ble markert. Førsteintrykk og refleksjoner rundt nøkkelordene ble notert i marginen, og videre ble relevante sitater markert. Jeg foretok meningsfortetning av sitatene, og i denne prosessen ble mulige temaer og subtemaer identifisert. Videre ble nøkkelord kodet og kombinert i kategorier. En del av analysejobben var å lete etter fellestrekk, samt konsistente- eventuelt inkonsistente funn, på tvers av materialet.

Fortolkningsarbeidet var ingen lineær prosess, men innebar en fortolkende vandring mellom rådata, temaer og subtemaer. Tema og subtema ble også vurdert hierarkisk på bakgrunn av hva informantene fremhevet som det viktigste.

De to fiktive pasienthistoriene som dannet grunnlaget for intervjuene, hadde ingen konkret rolle i analyse av dataene. Mange av utdragene som blir presentert i neste kapittel er basert på pasienthistoriene.

Tabell 1. Eksempel på analyse. Relasjon mellom subtema og tema

Subtema	Tema
<p>Opplever sammendragene som tynne og lite utfyllende</p> <p>Ønsker at opplysninger om iverksatte tiltak og vurderinger, underbygges og begrunnes</p>	Informasjonen må settes inn i en større sammenheng
<p>Stiller spørsmål ved hva som førte til at pasienten ble så svekket at det førte til sykehusinnleggelse</p> <p>Vektlegger pasientens utfordringer for om mulig forebygge nye innleggelser</p>	Å se pasienten i et forebyggende perspektiv
<p>Opplever at epikrise fra lege noen ganger mangler ved utskrivelse</p> <p>Trenger informasjon om hva som har vært aktuelt under sykehusinnleggelsen, og hva som er plan videre for å kunne gi forsvarlig oppfølging</p>	Forløp under sykehusinnleggelsen og planer for oppfølging

3.0 Resultater

I det følgende presenteres studiens tematiske funn, hvor tre hovedtemaer er identifisert som sentrale.

3.1 Informasjonen må settes inn i en større sammenheng

Informantene fortalte at sammendragene de får fra sykepleierne på sykehuset ofte inneholder rene avkryssninger av ulike standardiserte spørsmål, eksempelvis om pasienten har fallfare eller ikke. Slike opplysninger gir liten nytteverdi, fordi det ikke sier noe om hva som ligger bak en slik vurdering. Derfor må *vurderinger* og *tiltak* som er gjort på sykehuset, settes inn i en større sammenheng for at informasjonen fra sykehuset skal oppleves relevant og nyttig:

«Ellen»: En ting er at man får liksom informasjon om at de har innlagt et dren og det er sånn og sånn, man vet jo egentlig ikke hvorfor?

«Janne»: Det man kanskje etterspør er vel litt.. Her står det hjelp til administrering av medisiner, trenger til stell morgen og kveld. Det er vel kanskje litt den begrunnelsen for at de trenger den hjelpen. Hva er liksom bakgrunnen for at de på sykehuset ser at pasienten trenger hjelp til det? Er det kognitiv svikt, eller er det fysiske utfordringer for eksempel

som gjør at hun trenger hjelp til stell. Det har jo en del å si for... ja- både for hjelpen hun vil få i stell, og for hvordan man går frem.

Som sistnevnte informant nevner, vil begrunnede opplysninger kunne ha noe å si for hjelpen pasienten får. Det er eksempelvis forskjell på om det er kognitive- eller fysiske utfordringer som gjør at pasienten trenger hjelp i dagliglivets aktiviteter (ADL).

3.2 Å se pasienten i et forebyggende perspektiv

Sykepleierne utrykte behov for informasjon om forhold som kan ha medvirket til sykehusinnleggelse i situasjoner hvor innleggesårsaken kan påvirkes. Sykepleierne hadde i hovedsak et *forebyggende* perspektiv når de snakket om dette, og ønsket å forebygge eventuelle reinnleggelser der det er mulig- eksempelvis i situasjoner hvor pasienten innlegges på grunn av dehydrering eller redusert allmenntilstand:

«Janne»: siden hun ble innlagt med redusert allmenntilstand, så er det liksom... Hva er årsaken til at hennes allmenntilstand nå har blitt redusert? Er det noe som har skjedd så hun ikke klarer å følge opp og passe på sine egne medisiner, sitt eget inntak av væske?

«Pia»: Hvordan har hjemmesituasjonen vært før hun ble innlagt tenker jeg.. Kanskje det har gått på halv tolv lenge. Det vet man jo ikke noe om.

Selv om informasjon om hva som kan ha bidratt til innleggelse ble fremhevet som relevant informasjon, fremstod ulike forventninger til hvem som skal kartlegge slike forhold - hjemmesykepleieren eller sykehusansatte. En av sykepleierne pekte i denne sammenheng på at sykehusansatte har en unik mulighet til å observere hvordan pasienten fungerer gjennom døgnet, i motsetning til hjemmetjenesten. En annen trakk frem tjenestenivåenes ulike kontekst og mandat, og at *kunnskapsoverføring* er det viktigste når de mottar pasienter fra sykehuset, og at hjemmetjenesten selv kan kartlegge pasientens risikoområder etter utskrivelse:

«Marianne»: Det som er viktig når sykehuset skal gi oss informasjon, så tenker jeg at det er viktig å få den medisinske oppfølgingen som på en måte er deres sterke mandat da. Det er jo det de driver med og er gode på [...] Jeg tenker at det er ikke nødvendigvis de som

skal kartlegge alt hva som har vært forløpet til akutt sykdom. Altså, de behandler det, og det kan godt hende at vi skal den ta den biten når «Borgny» kommer hjem da.

3.3 Forløp under sykehusinnleggelsen og planer for oppfølging

Sykepleierne beskrev at de noen ganger savner medisinsk informasjon i sykepleiesammendraget. Fordi epikrise fra lege i verste fall kommer dager etter at pasienten har kommet hjem, ønsker informantene at det som har vært aktuelt under innleggelse også skal stå beskrevet i sammendraget fra sykepleierne. På spørsmål om det er elementer i utskrivningsrapporter de savner svarer «Ellen»:

Jeg savner litt et punkt som beskriver litt mer av forløpet på sykehuset i utskrivningsrapporten og ikke bare i epikrisen. For epikrisen kan gjerne komme noen dager etterpå.

Videre ble planer for den medisinske oppfølgingen ansett som *essensielt* for å kunne følge opp pasienten på forsvarlig måte:

«Marianne»: Det vi er gode på i kommunen på en måte, er å tenke mer funksjon i stedet for diagnose [...] Og da blir det jo den *medisinske* informasjonen som er viktig, sånn jeg ser det.. Er jo en kunnskapsoverføring da. Egentlig. For hvis du er inne for en sykdom, så trenger jo vi informasjon om hvordan vi skal følge opp og observere og reagere [...] Hva er planene liksom? Hva er planen ved forverring? Hva kan vi følge opp, hva skal vi observere? Når skal vi kontakte lege?

Informanten peker på at siden de i kommunen allerede er gode på å tenke «funksjon», er det *kunnskapsoverføringen* med spesialisert medisinsk informasjon, som er det viktigste elementet i informasjonsutvekslingen. Presisert plan for videre medisinsk oppfølging er viktig i denne sammenheng. Oppfølgingsplan var av særlig betydning når pasienten har langvarig eller livstruende sykdom, fordi dette ofte medfører større kompleksitet enn ved akutt sykdom:

«Marianne»: Det er forskjell på en akutt sykdom som får behandling og hvor man forventer at det går over, enn en kronisk tilstand eller langtkommen palliasjonskasus.

«Mona»: med en så alvorlig diagnose (langtkommen kreft) så vet vi jo at ting kan snu ganske fort. Det kan se bra ut og stabilt en stund, og så kan det snu veldig fort. Så vi tenker egentlig «rundt neste sving» når vi har med alvorlig syke å gjøre.

4.0 Diskusjon

Denne studiens hensikt har vært å utforske hva sykepleiere i kommunen anser som relevant og nødvendig sykepleiefaglig informasjon når de mottar pasienter fra sykehuset.

Funnene viser blant annet at informasjonen hjemmesykepleierne mottar, må settes inn i større sammenheng for å oppleves nyttig. Når opplysninger underbygges, vil det i sin tur føre til større detaljrikdom og mer utfyllende informasjon, noe tidligere forskning har vist er etterspurt av hjemmesykepleiere (3,7,13, 27). «Presisjon» er en av elementene i Alters modell (17), og begrepet henviser til at grad av detaljrikdom har betydning for informasjonens kvalitet. I denne forbindelse beskrev informantene at sykepleiesammendragene ofte består av avkrysninger av standardiserte spørsmål. Dette gir liten nytteverdi for sykepleierne, og vitner om at informasjonens presisjon er for dårlig.

Grad av struktur og standardisering av de ulike dokumentene som brukes i informasjonsutvekslingen, har i litteraturen blitt diskutert som en mulig løsning for hva det faglige innholdet skal være (10,14-16). Definerte maler og standardisering har vist seg å kunne fremme relevant innhold i informasjonsutveksling (22-23). Likevel er det avgjørende at innholds-feltene oppfyller mottakerens behov. Selv om det er utviklet standard for PLO-utskrivningsrapport med obligatoriske felt, kan det på bakgrunn av funn i denne studien synes som at innholdet i standarden ikke har vært tilstrekkelig for å tilfredsstille behovet til mottakere i kommunene. Det kan derfor reises spørsmål om hva som bør definere områdene i PLO-standard. Som en av informantene sa: «Jeg vet ikke helt hva de vil med de punktene (i utskrivningsrapporten). Vi får bare ja og nei, men vi får ikke noe forklaring på hvordan...».

Resultatene viser også at sykepleierne ønsker informasjon om forhold som kan ha bidratt til sykehusinnleggelse, for om mulig redusere risikoen for nye innleggelser. Forskere har i denne sammenheng pekt på at sykehusinnleggelse i noen tilfeller sannsynligvis kan unngås om man

tar hånd om utfordringene på et tidlig tidspunkt (5-6). Informasjon om forhold som kan ha medvirket til sykehusinnleggelse, kan si noe om pasientens *utfordringer* og hva hjemmetjenesten bør ha fokus på- utover det rent medisinske. Slik informasjon vil i mange tilfeller forde kartlegging av pasientens funksjon i ADL. I denne forbindelse beskrev sykepleierne at det ofte er nødvendig å kartlegge pasienten selv etter utskrivelse, og at det kan være en tidkrevende og vanskelig oppgave, i sistnevnte tilfelle på grunn av manglende mulighet til å observere pasienten gjennom døgnet.

Som resultatene viser, var det ulike forventninger til hvem som skal kartlegge overnevnte forhold, hjemmetjenesten selv- eller sykehusansatte. En mulig forklaring på informantenes ulike forventninger, kan være uklarhet i hvem som har ansvar for å fremskaffe informasjonen, og kan ses i lys av aktørenes ulike kontekst. Forskning har vist at spesialisthelsetjenesten har et kortsiktig, akutt medisinsk perspektiv, og primærhelsetjenesten et mer langsiktig perspektiv, hvor mestring og funksjon står sentralt (24-25). Forskjellene preger i sin tur hva aktørene anser som nødvendig informasjon å formidle videre til oppfølgende instans (28). I motsetning til tidligere forskning, ble forskjellene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i min studie- pekt på som en mulig ressurs som hjemmesykepleiere kan dra nytte av, fordi kunnskapsgrunnlaget er forskjellig for de to nivåene.

I denne forbindelse ble informasjon om forløp under innleggelsen, samt medisinske planer for oppfølging ansett som *essensielt* for å kunne gi pasienter forsvarlig oppfølging. Informantene fortalte at sykepleiesammendragene fra sykehuset ofte mangler slik informasjon. Dette samsvarer med Fylkesmannens tilsynsrapport (5), som viste at sykepleiesammendrag var gjennomgående til liten hjelp med tanke på den medisinske oppfølgingen. Et av elementene i Alters (17) fem dimensjoner av informasjonskvalitet, dreier seg om at informasjonen må være «komplett» for å sies å ha god kvalitet. Ifølge Alter dreier dette seg om i hvilken grad informasjonen inneholder alle relevante opplysninger det er behov for, med tanke på beslutningstaking og handling. For å kunne følge opp pasientens medisinske behov trenger sykepleierne i hjemmetjenesten informasjon om hva som har vært aktuelt på sykehuset, og hva som er videre plan for oppfølging. Dette leder frem mot diskusjon om hva som er sykepleieres og legers mandat og ansvar å formidle i sammendragene. Slik det er i dag sender sykepleiere et sammendrag med «sykepleiefaglig» informasjon, hvor sykepleieres vurderinger

og handlinger i prinsippet skal inngå (26), og leger sender sin epikrise med medisinsk informasjon. Dagens informasjonspraksis kan derfor synes utilstrekkelig.

4.1 Studiens validitet og reliabilitet

Denne studien har bidratt til å belyse hva «relevant» og «nødvendig» informasjon kan romme for sykepleiere i hjemmetjenesten. Utvalget bestod av 11 sykepleiere, og funnene er derfor ikke statistisk generaliserbare (18, 20). Det er likevel sannsynlig at funnene er representative utover informantene i denne studien. Sykepleiernes utsagn uttrykte til tider et nyansert bilde av studiens tema, og kan således avspeile et bredere spekter av synspunkter som er representative for andre enn denne studiens hjemmesykepleiere

I fortolkningen av dataene har det blitt lagt vekt på å være lojal mot informantenes intenderte mening. Dette innebar bevisstgjøring av hvordan min for forståelse kan innvirke på *fortolkningen* av dataene. Prosessen innebar også bevisstgjøring av hvordan min for forståelse kan ha innvirket på *hvilke* spørsmål som ble stilt under intervjuene, og *hvordan* de ble stilt. Dataene ble også til slutt re-analysert, noe som bidrar til å styrke funnenes pålitelighet.

5.0 Konklusjon

Funnene tyder på at sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten erfarer at sykepleiesammendragene de får fra spesialisthelsetjenesten mange ganger er lite nyttige, og at det er tilfeldig hvor utfyllende sykepleiesammendragene er. Studien bidrar med å belyse områder som er sentrale for at hjemmesykepleiere skal oppleve sykepleiesammendragene mer nyttige. Til tross for at veileder for bruk av PLO meldinger gir føringer for hva utskrivningsrapporter skal inneholde, og at veilederen faktisk inneholder felt som sykepleierne i denne studien etterspør, kan det virke som at føringene ikke er tilstrekkelig for å oppfylle mottakerens behov for relevant informasjon. Et viktig tiltak kan være å revurdere hva standarden bør bestå av. Dette vil trolig kunne bidra til at utskrivningsrapportene blir mer utfyllende og nyttige. En viktig diskusjon fremover er hva som er sykepleieres og legers ansvar å formidle i sammendragene, da studiens funn viser at sykepleierne ønsker mer medisinsk informasjon fra sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Siden det er forsket lite på det innholdsmessige aspektet i informasjonsutveksling, er det behov for flere studier som kan

understøtte/avkrefte denne studiens funn. Videre kan opplæring av ansatte i hva som skal være med i en utskrivningsrapport, kunne bidra til å styrke kvaliteten på innholdet.

Referanser

1. Helse – og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [Internett]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; [hentet 2019-10-16] Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
2. Tønnesen S, Kassah LBL, Tingvoll, WA. Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien forskning. 2016; 11:14-23.
3. Melby L, Hellesø R, Brattheim B, Toussaint P. Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon- en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I Hellesø R, Olsen RM, red. Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag I endring. Oslo; Cappelen Damm Akademisk. s.131-152.
Tilgjengeleg fra: <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>
4. Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R. Patients in transition--improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. Journal of clinical nursing. 2015; 24(23-24): 3389-3399. doi: 10.1111/jocn.12991.
5. Syvertsen A. Utskrevet til hjemmet – og hva så? Risikomomenter ved utskrivning fra sykehus, og internt i kommunen etter utskrivning [Internett].
Austagder:Helsetilsynet;[hentet2020-01-21] Tilgjengelig fra:
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/austagder/2013_syvertsen_utskrevet_til_hjemmet_.pdf
6. Riksrevisjonen. Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten. [Internett]. Oslo: Riksrevisjonene; 2018. [hentet 2019-10-16].
Tilgjengelig fra: <https://riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten/>

7. King BJ, Gilmore-Bykovskyi AL, Roiland AR, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJH. The Consequences of Poor Communication During Transitions from hospital to Nursing Facility: A Qualitative Study. *The American Geriatrics Society*.2013;61(67):1095-1102. doi: 10.1111/jgs.12328.
8. Normann L, Skard H. ELIN-k prosjektet Sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; [hentet 2019-10-16]. Tilgjengelig fra:
<https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205.9%20ELIN-K%20SLUTTRAPPOR.T.pdf>
9. Helsedirektoratet (2012). Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger. Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [hentet 2019-10-17]. Tilgjengelig fra: [https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/_attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daaefcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20\(HISD%20808062012\).pdf](https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/_attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daaefcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20(HISD%20808062012).pdf)
10. Brattheim BJ, Hellesø R, Melby L. Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1): 26-33. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56830
11. Hellesø R, Lyngstad M, Brattheim B, Melby L. Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: Hellesø R & Olsen R.M, red. Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 153-176. Hentet fra: <https://dio.org/10.23865/noasp.71.ch8>
12. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International journal of medical informatics*. 2014; 83(5); 343-353. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001>
13. Rønningen M. Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær- og spesialisthelsetjenesten. [masteroppgave]. Universitetet i Oslo; 2015. 98 s.

14. Bjørlo, ARB, Christensen, H. Elektronisk meldingsutveksling- et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester? [masteroppgave]. Universitetet i Agder; 2014. 71 s.
15. Norsk sykepleierforbunds faggruppe for e-helse. Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie I EPJ. [Internett] Oslo: NSF's faggruppe for e-helse [hentet 2019-10-31]. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/Content/2512377/cache=20152206081935/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015%20.pdf>
16. Melby L, Hellesø R, Wibe T. Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2010; 130 (10): 1037-9. doi: 10.4045/tidsskr.09.0130.
17. Alter S. Information. I: Alter S, red. The work system method. Connecting people, processes, and IT for Business Results. Work System Press; 2006. s. 157-179.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practice. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 717 s.
19. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. 150 s.
20. Kvale B, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 345 s.
21. Johannessen E.F, Rafoss TW, Rasmussen EB. Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. 339 s.
22. Naustdal AG, Netteland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Sykepleien Forskning. 2010;7(3): 270-277.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0133>.
23. Johnsen L, Edward KL, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. 2018;25(3): 313-318. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>
24. Grimsmo A. Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018;4(2): 102-106. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2018-02-03

25. NOU 2018: 16. Det viktigste først Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Teknisk redaksjon; 2018.
26. Dahl K, Skaug EA. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.s. 15-56.
27. Ulviksbakken MB. Sykepleiere i hjemmetjenesten sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmesykepleie. [masteroppgave]. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge; 2015. 62 s.
28. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses; implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(1). doi: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.508>

Vedlegg 1- forfatterveiledning

Forfatterveiledning

Om *Sykepleien Forskning*

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfelleurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. *Sykepleien Forskning* publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. *Sykepleien Forskning* inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterne navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (*abstract*)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt. *Sykepleien Forskning* sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på *Sykepleien Forsknings* hjemmeside, kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og *bakgrunn* for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i

tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk

Vedlegg 2

Pasienthistorie 1

Du er på dagvakt da du får beskjed om at «Borgny» på 75 år blir utskrevet fra sykehuset samme ettermiddag. Hun ble innlagt på sykehuset på grunn av redusert allmenntilstand og smerter i korsryggen, og under innleggelsen ble det påvist pneumoni og dehydrering. Borgny har fått intravenøs væskebehandling og intravenøs behandling for pneumoni. Det ble i tillegg påvist prolaps i korsryggen, og det ble i den forbindelse startet opp smertebehandling med opioider (Tramadol).

I epikrisen står *tidligere* sykdommer oppført med: apoplexi, lett hjertesvikt, distal radiusfractur venstre side, hypertensjon og angina pectoris.

Fra sykehuset blir det nå meldt behov om hjelp til administrering av medisiner, hjelp til stell morgen og kveld, samt hjelp til støttestrømper som hun bruker på grunn av ødematøse ben. Det er avtalt at hjemmesykepleien skal komme til Borgny i kveld.

For å kunne gi Borgny en god oppfølging etter at hun kommer hjem, hva mener du er relevant og nødvendig sykepleiefaglig informasjon i dette tilfellet?

Pasienthistorie 2

Du er på dagvakt og får beskjed om at «Jens» på 55 år er planlagt utskrevet fra sykehuset neste formiddag. Han har langtkommen kreft i tykktarmen, men har frem til nå vært oppegående og hatt lite plager av sykdommen.

Jens har vært innlagt på sykehuset på grunn av ileus, hvor han har blitt operert og fått anlagt ileostomi som produserer flere liter væske hver dag. Når Jens kommer hjem vil han ha behov for tilførsel av ernæring og væske intravenøst, samt stell av stomi.

For å kunne gi Jens god oppfølging etter at han er kommet hjem, hva mener du er relevant og nødvendig sykepleiefaglig informasjon å få i dette tilfellet?

Vedlegg 3

Standard for PLO-utskrivningsrapport (Direktoratet for E-helse, 2014)

Sendes fra	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehus • Øyeblikkelig hjelp døgntilbud • Andre relevante døgntilbud
Sendes til	<ul style="list-style-type: none"> • Pleie- og omsorgstjeneste
Obligatorisk innhold	<p>MERK: Kun relevante opplysninger skal sendes med</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuell problemstilling • Kliniske diagnoser • Kritisk informasjon (Cave, smitte m.m.) • Planer og behov for oppfølging • Kontrolltimer • Legemiddelopplysninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Behov for hjelp til administrasjon av legemidler ○ Medisiner gitt i dag ○ Legemidler som er sendt med pasienten /resept er formidlet til apotek • Helseopplysninger (Sykepleiesammenfatning) • Praktiske opplysninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Informasjon gitt til pasient og pårørende ○ Hjelpemidler/utstyr • Navn og telefonnummer til ansvarlig enhet • Kontaktinformasjon nærmeste pårørende • Opplysninger om barn under 18 år



Del 2. Refleksjonsoppgave

Utfordringer for innholdsmessig kvalitet
 på informasjon som sendes i
 overgangen mellom sykehus og
 kommune

1.0 Innledning

Når pasienter med behov for kommunale helsetjenester skrives ut fra sykehus, er det avgjørende for oppfølgingen at informasjonen som medfølger fra sykehuset har tilstrekkelig kvalitet (1-3). Dette innebærer blant annet at helsepersonell i oppfølgende instans får den informasjon de har behov for (2,4), hvor formålet er å sikre pasientene en trygg, forsvarlig og sømløs overgang (5-6).

Gjennom arbeidet med studien min som omhandlet hva sykepleiere i hjemmetjenesten anser som relevant og nødvendig sykepleiefaglig informasjon når pasienten skrives ut fra sykehus, kom det frem at sykepleiesammendragene som hjemmesykepleiere mottar, ofte er mangelfulle og lite utfyllende. Funnet samsvarer med andre studier som viser at sykepleiesammendrag ofte er utilstrekkelige for å kunne følge opp pasienter på forsvarlig måte (1-2,4,7-9). Følgende utsagn fra to av informantene i studien min, illustrerer hvordan informasjonen fra sykehuset erfares av sykepleiere i hjemmetjenesten:

Den (sykepleiesammendraget) kan være mangelfull. Det virker ikke som det er standardisert hva som forventes skal stå i den. Det er litt avhengig av hvor grundig den sykepleieren er som skriver den. Det virker litt sånn tilfeldig får jeg litt inntrykk av noen ganger. Noen (sykepleiesammendrag) er veldig bra, andre er veldig mangelfulle.

Jeg vet ikke helt hva de vil med de punktene. Vi får bare ja og nei, men vi får ikke noe forklaring på hvordan... [...] Så er det litt sånn, det er nesten ikke vits i å lese den (sykepleiesammendraget), fordi det gir oss ikke noe.

Det som allerede er dokumentert i pasientens journal, danner grunnlaget for informasjonen som utvikles i sykepleiesammendrag (10-11). Derfor peker flere forfattere på at kvaliteten på dokumentasjonen i pasientjournalen, i sin tur også vil prege kvaliteten på informasjonen som utformes ved utskrivelse (2,4,11). En utfordring i denne sammenheng er at dokumentasjon i pasientjournalen (heretter omtalt som journalføring) både nasjonalt og internasjonalt har vært kritisert i årevis- helt frem til i dag for å være av dårlig kvalitet (9,11-13). Faktorer som er knyttet til sykepleieres mangelfulle dokumentasjon, er blant annet utilfredsstillende beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, pasientens behov for pleie, samt mangelfull

beskrivelse av iverksatte tiltak (2-4,7-9,14). Sykepleieres dokumentasjon har også blitt kritisert for å ha et stort fokus på fysiske aspekter, og i mindre grad pasientens psykososiale behov og egne preferanser (14-15).

Dokumentasjonen til sykepleiere skal i prinsippet inneholde systematiske nedtegnelser av pasientens helseproblem, behov for helsehjelp, observasjoner, tiltak, vurdering og resultat (16). Disse elementene gjenspeiler fasene i «sykepleieprosessen», som ofte er grunnlaget for å vurdere kvalitet i sykepleieres journalføring (11). Flere forskere som har studert innholdet i pasientjournaler, har kommet frem til at sykepleiere ikke dokumenterer i tråd med sykepleieprosessens faser (11). Andre har stilt spørsmål ved om sykepleieprosessen er egnet for å vurdere kvalitet på det som sykepleiere journalfører (11,17). I denne sammenheng peker De Groot på i sin systematiske oversikt (11), at det mangler kunnskapsbaserte kvalitetsindikatorer for sykepleieres journalføring.

Det er utført få studier som har hatt til hensikt å undersøke hva som kjennetegner kvalitet i sykepleiesammendrag (3-4,7-8,14). Men i sitt mastergradsprosjekt identifiserte Bjørlo (4) seks indikatorer som beskriver hva som må være til stede for at helsepersonell i kommunen skal betegne informasjon vedrørende utskrivelsesplanlegging, som tilfredsstillende. De seks indikatorene Bjørlo kom frem til omfatter informasjon om: *innleggelsesårsak, pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov, hvilken behandling pasienten har fått, utskrivingsdato* (for pleie- og omsorgsmeldingen «Helseopplysning» som sendes underveis i oppholdet), samt *videre oppfølging/avtaler*. I tillegg viser både min studie, og andre studier (3,7-9,18) at sykepleiere i kommunen etterspør utfyllende og poengtert informasjon.

Innføring av elektronisk meldingsutveksling mellom helsepersonell i sykehus og kommune i form av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), hadde som hensikt å styrke kvaliteten på kommunikasjon og samhandling (19). Standardisering av innholdet i pleie og omsorgsmeldingene, skulle dessuten sørge for at det faglige informasjonsbehovet ble ivaretatt (19). På tross av disse tiltakene erfarer fortsatt sykepleiere i kommunene at relevant og nødvendig informasjon ofte mangler når pasienten skrives ut fra sykehuset (1-2,4,7-9,20), og tyder på at kvaliteten på informasjonen som sendes ved utskrivelse ikke er tilfredsstillende.

Denne kunnskapen har fått meg til å undres over hva som motvirker innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag. Hensikten med denne oppgaven er derfor å utforske forhold som kan være til hinder for at hjemmesykepleiere får informasjonen de har behov for når pasienter skrives ut fra sykehuset, og har ført frem til følgende problemstilling:

Hvilke forhold utfordrer innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag som sendes fra sykehus til kommune ved utskrivelse?

1.1 Avklaring

I oppgaven referer jeg flere steder til «min studie». «Min studie» henviser til mitt nylig gjennomførte mastergradsprosjekt, hvor funnene er presentert i masteroppgavens artikkel. I prosjektet mitt utforsket jeg hva hjemmesykepleiere anser som relevant og nødvendig informasjon i sykepleiesammendrag, når pasienter med behov for kommunale helsetjenester skrives ut fra sykehuset.

Videre benyttes begrepet «spesialisthelsetjenesten» synonymt med «sykehus», og «primærhelsetjenesten» synonymt med «kommunehelsetjenesten».

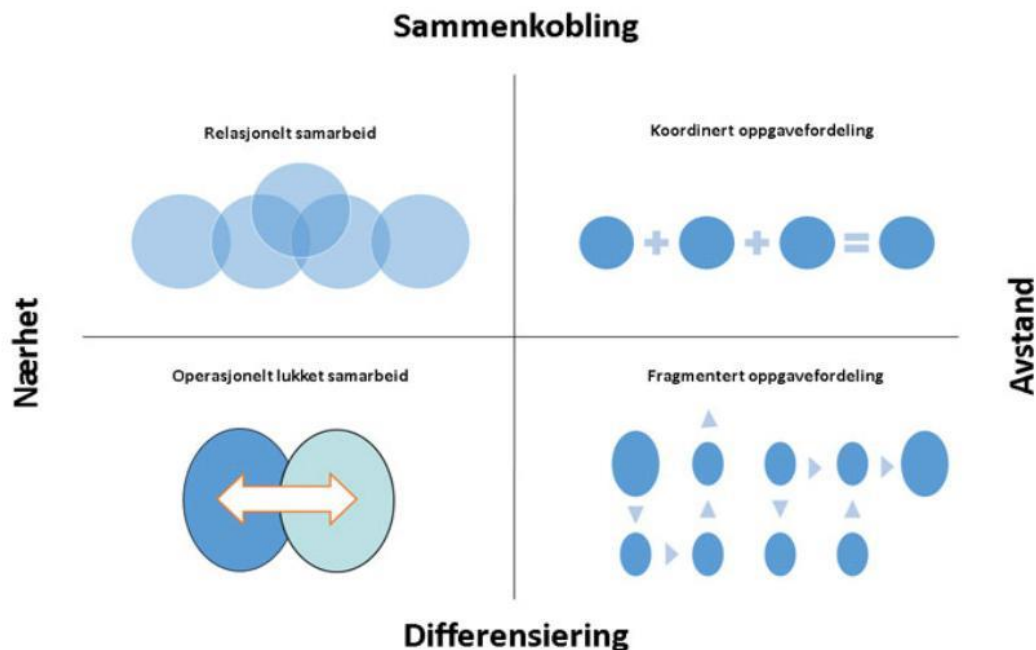
2.0 Teoretisk rammeverk

Teorien som blir brukt til å belyse oppgavens problemstilling, bygger på litteratur som beskriver samhandling mellom helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten og hvilke utfordringer de møter. I denne forbindelse benyttes Viks (21) samhandlingstypologi som beskriver fire former for samhandling, og hvilke utfordringer som er knyttet til disse. Bakgrunnen for at jeg valgte dette perspektivet er at store deler av litteraturen jeg har gjennomgått i forbindelse med min studie, knytter mangelfull informasjon til utfordringer i samhandling (8-9,22-24). Fordi kvalitet er et mangfoldig begrep, belyser jeg til slutt hva fenomenet innebærer i tilknytning til informasjonsutveksling, ved å bruke Fehrenbacher og Helfert (25) sitt rammeverk for informasjonskvalitet.

2.1 Fire former for samhandling

I kjølvannet av samhandlingsreformen har Vik (21) gjennomgått det norske forskningsfeltets beskrivelse av helseprofesjoners samhandling. Viks litteraturgjennomgang omfatter samhandling både på *tvers* av forvaltningsnivå og *internt* i organisasjoner. Med utgangspunkt i funnene, utviklet Vik en typologi som beskriver fire ulike former for samhandling i en fragmentert helsetjeneste. De fire samhandlingsformene omtales som: *Relasjonelt samarbeid*, *Operasjonelt lukket samarbeid*, *Koordinert oppgavefordeling* og *Fragmentert oppgavefordeling*.

Typologien har to dimensjoner: den horisontale dimensjonen; avstand-nærhet, viser hvorvidt det er møteplasser og ansikt- til ansikts kontakt mellom profesjonene. Den vertikale dimensjonen; sammenkobling -differensiering, viser hvorvidt samhandling medfører integrasjon på *tvers* av aktørenes ulike forståelsesrammer. *Gjensidighetskunnskap* er et sentralt begrep i Viks typologi. Begrepet henviser til at man har kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger (21).



Figur 1. Fire former for samhandling. Vik, 2018 s.132.

Relasjonelt samarbeid

Denne samhandlingsformen er preget av nærhet og sammenkobling. Det vil si at helseprofesjonenes forståelsesrammer kommer i kontakt med hverandre, blant annet gjennom *møteplasser, dialog og forhandlinger*. Dette innebærer imidlertid ikke en sammensmeltning av de forskjellige forståelsene, men heller en anerkjennelse av hverandres bidrag til å løse felles oppgaver, og en gjensidig respekt for hverandres profesjonsutøvelse. I et relasjonelt samarbeid utvikles gjensidighetskunnskap, som fører til enighet om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. Dette er ifølge Vik en ideell form for samhandling, men kan være utfordrende å få til i praksis- særlig når mulighet for fysiske møteplasser er liten, slik det er for spesialist- og primærhelsetjenesten.

Operasjonelt lukket samarbeid

Et operasjonelt lukket samarbeid er preget av nærhet og differensiering. Partene oppnår ikke gjensidighetskunnskap og heller ingen enighet om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. Dette til tross for at profesjonene har felles møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene. Vik viser til eksempler hvor *relasjonelt* samarbeid i utgangspunktet kan ha vært et operasjonelt lukket samarbeid- før man oppnådde gjensidighetskunnskap. Derfor kan forholdet mellom de to formene for samarbeid i enkelte tilfeller forstås som en *prosess* (21).

Koordinert oppgavefordeling

Koordinert oppgavefordeling er preget av avstand og sammenkobling, og ligger nært inntil samhandlingsreformens definisjon av samhandling:

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Samhandlingen kjennetegnes av en koordinert oppgavefordeling mellom profesjoner som ikke har fysiske møteplasser. Samhandlingen mellom aktørene i spesialist- og

primærhelsetjenesten kan representere en slik form for samarbeid, og er derfor relevant for denne oppgaven.

Profesjonene i koordinert oppgavefordeling fungerer som relativt lukkede og autonome systemer, som opprettholder sine særegne funksjoner. Avstanden mellom aktørene gjør at samhandlingen er avhengig av *velfungerende* verktøy - eksempelvis IKT systemer eller skriftlige retningslinjer, for å kunne sammenkobles (den vertikale linjen i Viks typologi). PLO-meldinger er et eksempel på slikt verktøy.

Fragmentert oppgavefordeling

Fragmentert oppgavefordeling preges både av avstand og differensiering. Profesjonene har i denne samhandlingsformen ingen møteplasser, og i motsetning til koordinert oppgavefordeling - ingen velfungerende verktøy som kan sørge for integrasjon av de ulike forståelsesrammene. Relasjonen i en fragmentert oppgavefordeling er derfor preget av lav gjensidighetskunnskap, og mangelen på møteplasser, diskusjon og forhandlinger, samt mangel på velfungerende kommunikasjonsverktøy, gir liten mulighet for innlemming av aktørenes ulike forståelsesrammer. I fragmentert oppgavefordeling legger derfor helsepersonell sin egen forståelsesramme til grunn for samhandlingen. Et eksempel på dette er Viks beskrivelse av sykepleiere som er opptatt av sin egen lokale kontekst, og ikke ser det *helhetlige* behandlingssystemet rundt pasientene. Viks litteraturgjennomgang viste at fragmentert oppgavefordeling er spesielt fremtredende i samhandlingsarenaene som opererer på tvers av forvaltningsnivå- slik som i spesialist- og primærhelsetjenesten. Siden denne oppgaven dreier seg om aktørene i de nevnte tjenestenivåene, er fragmentert oppgavefordeling i likhet med koordinert oppgavefordeling, et relevant område å fokusere på.

2.2 «Informasjonskvalitet» etter Fehrenbacher og Helfert sitt rammeverk

Kvalitet er et mangetydig begrep. En generell definisjon av «informasjonskvalitet» blir i litteraturen ofte omtalt som «Fitness for use by its users», og henviser til at informasjonen må tilpasses behovet mottakeren har, for å kunne defineres som god (26). Forskere har pekt på at informasjonskvalitet kan forstås som et *subjektivt* anliggende, som avhenger av kontekstuelle forhold (25). Eksempelvis vil selve handlingen som informasjonen skal brukes til (for

eksempel oppfølging av pasienter), hvilken rolle personen som bruker informasjonen har (for eksempel utøvende sykepleier), og organisatorisk kontekst (hjemmesykepleie avdeling, sykehusavdeling) spille en rolle for hvordan man vurderer kvaliteten på informasjonen (27). Flere forskere har forsøkt å definere ulike karakteristika som betegner viktige egenskaper ved informasjonskvalitet (25-26). I sin gjennomgang av et stort utvalg rammeverk for informasjonskvalitet, kom Fehrenbacher og Helfert (25) frem til syv aspekter som belyser sentrale sider ved informasjonskvalitet som vist i tabell 1. Fehrenbacher og Helfert viser til at elementene vektet ulikt, avhengig av hvilken kontekst mottakeren befinner seg i, og at informasjonskvalitet derfor er et multifaktoralt subjektivt anliggende.

Characteristic	Description
Accurate	The information is error free
Asseccible	Information is easily accessible by authorized users, in the right format
Complete	The information contains all the relevant facts
Timely	Information is available when needed
Believable	Information can be trusted
Secure	Information cannot be accessed by unauthorized users
Consistently Representation	The same information is represented in the same way
Concie	Information is to the point

Tabell 1. *Information quality characteristic. Gjengitt i Toussaint, Melby, Hellesø & Brattheim, 2017, s.2 (27).*

3.0 Metode

Fordi innholdsmessig kvalitet har blitt knyttet til samhandlingsutfordringer, valgte jeg som tidligere nevnt å belyse min problemstilling med litteratur som beskriver samhandling og samhandlingsutfordringer mellom helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten. I

t tillegg ønsket jeg å belyse hva informasjonskvalitet innebærer fra en mer «generell» forståelse av begrepet, gjennom å bruke Fehrenbacher og Helfert sitt rammeverk (25).

I arbeidet med å finne relevant litteratur, har jeg i hovedsak brukt universitetets biblioteksdatabase Oria, databasen Pubmed og Google Scholar. Både norske og engelske søkeord ble benyttet da jeg søkte etter litteratur som beskrev samhandling mellom de to aktørene. Følgende søkeord brukt: «samhandling», «helsepersonell» «utfordringer» «spesialisthelsetjenesten», «primærhelsetjenesten». Engelske søkeord som ble brukt var: «home care nurses», «hospital nurses», «information exchange» og «patient transfer». Fehrenbacher og Helfert sitt rammeverk fant jeg gjennom andres referansehenvisning.

I arbeidet med oppgaven har det også vært nødvendig å sette seg inn i kunnskap om sykepleieres journalføring generelt, og sykepleieres journalføring knyttet til utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten. Både formelle krav til innhold, og kvalitet på sykepleieres journalføring har vært i søkelyset. Jeg har benyttet flere kilder i dette arbeidet herunder lærebøker, veiledninger, norske lovtekster, bibliotekets database Oria, databasen Pubmed og søkemotoren Google Scholar.

For øvrig har jeg benyttet relevant litteratur fra tidligere søk utført i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt, for å belyse hva som kan utfordre kvalitet på informasjon som sendes kommunen ved utskrivelse.

4.0 utfordringer ved innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag

Viks litteraturgjennomgang av helseprofesjoners samhandling, peker på sentrale forhold som har betydning for samhandling mellom aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten, og som videre kan relateres til hva som er utfordringer for innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag. I det følgende belyses sentrale funn fra Viks litteraturgjennomgang sammen med annen relevant forskningslitteratur, og det diskuteres hvilke implikasjoner funnene har for innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag.

I lys av teori og relevant forskningslitteratur, identifiseres deretter fire forhold som kan representere en utfordring for sykepleiesammendragenes innholdsmessige kvalitet: **Lite velfungerende mekanismer som kan ivareta relevant og nødvendig informasjon, Lite fokus på informasjonsutveksling og samhandling på den enkelte sykehusavdeling, Lite kvalitetssikring av innhold i sykepleiesammendrag, og Helsepersonell dokumenter i «profesjonelle siloer».**

4.1 Ulik funksjon og kontekst preger samhandling mellom helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten

I helsetjenesten i Norge har man etablert et organisatorisk skille mellom stat (spesialisthelsetjenesten) og kommune (primærhelsetjenesten). De to nivåene har ulike ansvarsområder og forholder seg til ulike lovverk- henholdsvis *Spesialisthelsetjenesteloven* og *Kommunehelsetjenesteloven*. Et sentralt tema i Viks litteraturgjennomgang om helseprofesjoners samhandling (21), er tjenestenivåenes ulike kontekst og funksjon. Vik betegner helsetjenesten som «funksjonelt differensiert». I dette ligger at helsesystemet er differensiert inn i en rekke systemer med ulike profesjoner og organisatoriske enheter, hvor alle verner om sin spesifikke funksjon, og handler ut fra sin egen forståelsesramme. Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 som en følge av årtier med utilfredsstillende samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, var utgangspunktet for Viks litteraturgjennomgang. I reformen fremheves at en helhetlig og felles helsefaglig forståelse skal danne grunnlag for samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten, og ikke aktørenes egne interesser (30). Reformens etterspørsel etter en felles helsefaglig forståelse problematiseres av Vik, fordi organisasjonene er såpass funksjonelt differensierte. I denne sammenheng peker forfatteren på at en kommunal sykepleier eksempelvis handler ut fra en annen forståelse enn en lege i spesialisthelsetjenesten.

Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og funksjon, preget av at målet er *medisinsk helbredelse*, mens primærhelsetjenesten på sin side er mer opptatt av pasientens *funksjonsnivå og mestringsevne* (30). Et utsagn fra en av sykepleierne i min studie, illustrerer kontrastene mellom sykehus og kommune og hva kommunens perspektiv innebærer:

«Marianne»: jeg tenker at vi har to perspektiver i kommunen da, som skiller oss, dette er mine tanker om det. I kommunen så har vi det medisinske fokuset, som samsvarer veldig mye med hva sykehuset tenker og det perspektivet de har. Men så har vi på en måte også helseperspektivet, hvordan kan våre brukere ha god helse til tross for.. Og det innebærer jo å romme veldig mye mer enn det medisinske perspektivet. Det rommer jo hvordan boligen er, hvordan nettverket er, og om økonomien er i orden. Alt det også må være tatt stilling til for at vi skal klare å utføre jobben vår da. Klare å utføre det medisinske kanskje.

Livskvalitet, helse, mestring og autonomi. Det innebærer veldig mye mer det perspektivet vi har ute i kommunen slik jeg ser det.

Som sitatet over viser, så har sykepleiere i hjemmetjenesten både et medisinsk perspektiv og et «helseperspektiv», hvor det i sistnevnte tilfelle blir lagt vekt på pasientens livskvalitet og på hvordan pasienten *mestrer å leve med* sykdom og redusert helse. Dette står i kontrast til sykehusenes ofte ensidige fokus på medisinsk helbredelse (30-32).

En annen sentral forskjell mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er at over 90% av pasienter i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har gjennomsnittlig 4-5 lidelser hver, hvor multisykdom er *normen*- langt mer enn enkeltdiagnoser. Spesialisthelsetjenesten derimot- forholder seg gjerne til ett problem om gangen, og preges av en stadig økende spesialisering (31-32). Et eksempel på hvordan forskjellene kan utspille seg i praksis er hva Grimmsmo (33) beskriver i sin artikkel. I en situasjon hvor en pasient skrives ut fra sykehuset etter behandling for lårhalsbrudd, vil oppgaven for hjemmesykepleien ofte medføre langt mer enn oppfølging av selve bruddet. Dette fordi pasienter med lårhalsbrudd har demens (30%), diabetes (20%) , hjertesvikt (10%), KOLS (7%), delir (50%) samt polyfarmasi (50, s.103). I en slik situasjon er det ikke bare behandlingen som blir kompleks, men også oppfølgingen og støtten i dagliglivet- som strekker seg utover den aktuelle diagnosen, i dette tilfellet lårhalsbrudd. Forskjellene som her skisseres, kan følgelig ha implikasjoner for informasjonen som utveksles. Når sykepleierne på sykehuset tenderer til å fokusere på enkeltdiagnoser, vil dette trolig gjenspeiles i informasjonen som sendes til kommunen, og medføre at hjemmesykepleiere ikke får den «helhetlige» informasjonen som kreves for å kunne ivareta pasienter med komplekst sykdomsbilde.

Noe som viser hvor vanskelig det kan være å forene de ulike perspektivene i de to tjenestenivåene, er at enkelte sykehus og kommuner i felleskap har forsøkt å utvikle *diagnosespesifikke* pasientforløp uten å lykkes (32-33). Evaluering av prosjektene som hadde som formål å utvikle felles pasientforløp, viser at spesialisering av tjenester og personell i primærhelsetjenesten for oppfølging av pasienter med spesifikke diagnoser, hverken er bærekraftig eller funksjonelt. Dette fordi det karakteristiske for pasienter med hjemmesykepleie er at de har multisykdom- noe som gjør det lite hensiktsmessig å fokusere på enkeltdiagnoser (32-33).

Om man tar utgangspunkt i Fehrenbach og Helfert (25) sin beskrivelse av *informasjonskvalitet*- herunder at fenomenet er et *subjektiv* anliggende, er det ikke vanskelig å forstå at det oppstår utfordringer vedrørende det innholdsmessige aspektet i informasjonsutveksling, når forskjellene mellom aktørene er så store. I det følgende diskuteres hvilke implikasjoner aktørenes ulike kontekst og funksjon har for kvalitet i sykepleiesammendrag.

4.2 Tjenestenivåenes ulike funksjon og kontekst- implikasjoner for kvalitet i sykepleiesammendrag

Det kan synes som om utfordringene mellom aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten, oppstår i kontaktflaten mellom det *diagnoseorienterte* perspektivet i sykehus- og det *funksjons/mestringsorienterte* perspektivet i kommunene. Tjenestenivåenes ulike kontekst og perspektiv skaper som nevnt utfordringer for samhandling, men forskjellene representerer også en utfordring for kvaliteten i sykepleiesammendrag. Dette fordi ulike fokus og verdier er knyttet til hva man vektlegger ved pasientens behov, og videre hva som dokumenteres både i pasientens journal og i sammendrag (3,7-8,20,24). En sykepleier som jobber på sykehuset vil eksempelvis sørge for informasjon hun anser nødvendig fra sitt akutte og medisinske perspektiv, mens en sykepleier i hjemmesykepleien på sin side *leser* informasjonen fra sin kontekstuelle erfaring med å ha et langsiktig perspektiv på pasientens behov (24).

Når forskjellene mellom tjenesteytere er store- slik som i spesialist- og primærhelsetjenesten, fremhever Vik at *gjensidighetskunnskap* er sentralt for god samhandling. I dette ligger at aktørene har kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger.

Begrepet kan trolig relateres til betydningen av å kjenne til hverandres informasjonsbehov for å oppnå forståelse for hva mottakeren trenger av informasjon. Flere forskere peker i denne sammenheng på betydningen av å kjenne til mottakerens behov for informasjon, for å fremme relevante og nødvendige opplysninger i overgangen mellom sykehus og kommune (2-3,22-23,34). Sykepleierne i min studie fortalte at de ofte anså det nødvendig å kartlegge pasienten selv etter utskrivelse, for å få et tilstrekkelig bilde av pasientens behov for sykepleie. Dette kan tyde på at sykepleierne på sykehuset mangler kunnskap om hva som er informasjonsbehovet til sykepleierne i kommunen. Manglende gjensidighetskunnskap – som i denne sammenheng forstås som kunnskap om mottakerens informasjonsbehov, representerer i så måte en utfordring når det gjelder innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag.

Noe jeg mener er oppsiktsvekkende i Viks litteraturgjennomgang av helseprofesjoners samhandling, er funn som avdekket at til tross for at sykepleiere i sykehus og kommune har felles kunnskapsgrunnlag, var ikke gjensidighetskunnskap til stede når sykepleierne samhandlet om pasientene. Som Vik fremhever, skulle man ikke tro at gjensidighetskunnskap var et så stort problem siden sykepleiere i utgangspunktet har et felles kunnskapsgrunnlag. Funnet tyder på at gjensidighetskunnskap er tilknyttet organisatoriske og strukturelle grenser og er ikke bare styrt av profesjongrenser.

Ifølge Vik (21) oppnås gjensidighetskunnskap gjennom fysiske møteplasser, hvor dialog og forhandlinger fører til konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen- i denne oppgaven forstått som hva som skal ligge til grunn for det innholdsmessige aspektet i informasjonen som utveksles. Dialog og forhandlinger kan imidlertid synes vanskelig å få til i praksis, siden den fysiske avstanden mellom helsepersonell i sykehus og kommune er såpass stor, og hvor aktørene i tillegg preges av stort tidspress (2). Likevel kan det reises spørsmål om det finnes andre løsninger for å oppnå gjensidighetskunnskap enn de tradisjonelle møteplasser- eksempelvis gjennom bruk av teknologi.

Videre i oppgaven ses mulige utfordringer i lys av at sykepleiere på sykehus og kommune befinner seg i en *fragmentert-* og *koordinert oppgavefordeling* (se kap. 2.1).

4.3 Lite velfungerende mekanismer som kan ivareta relevant og nødvendig informasjon

Viks typologi viser at samhandling som er preget av avstand mellom aktørene, er avhengig av *velfungerende* mekanismer som eksempelvis IKT for at de ulike forståelsesrammene skal kunne integreres (21). Når IKT-systemet ikke klarer å innlemme helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer, utfordrer dette følgelig innholdsmessig kvalitet på informasjonen som utveksles, fordi det blir opp til den enkelte sykepleier å vurdere hva som er relevant informasjon for mottakeren. I denne forbindelse belyser Toussaint (27) hvordan et dokumentasjonssystems evne til å understøtte *kontekstuelle* forhold ved informasjonen, kan påvirke informasjonsverdien- sett fra brukernes side.

Med utgangspunkt i Fehrenbacher og Helfert (25) sine karakteristika for informasjonskvalitet (se tabell 1), undersøkte Toussaint hvordan det elektroniske kommunikasjonssystemet som brukes i informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune (PLO), er i stand til å understøtte informasjonsbehovet til hjemmesykepleiere ved utskrivelse. Studier har vist at PLO har hatt en positiv innvirkning på samhandling og kommunikasjon mellom tjenesteyterne (7,18,28-29,34). Likevel fant Toussaint at PLO- systemet ikke oppfyller mange av Fehrenbacher og Helfert kriterier- og at hele fem av syv aspekter er berørt. Blant annet fremheves at systemet ikke understøtter *konsis* informasjon- det vil si at informasjonen poengteres og på den måten blir mer informativ. Forfatteren fant også at systemet ikke sørger for *komplett* informasjon, siden hjemmesykepleiere stadig etterspør mer relevant informasjon fra sykehuset. Videre peker Toussaint på at PLO- systemet ikke understøtter at informasjonen i utskrivningsrapportene (sykepleiesammendrag) er *konsistent i sin representasjon*- det vil si at informasjonen alltid er representert på samme måte. I denne forbindelse peker forfatteren på at utskrivningsrapportene mangler struktur og standardiserte maler.

Selv om et IKT-system kan bidra til å understøtte innholdsmessig kvalitet ved å ta hensyn til kontekstuelle forhold, kan man på den andre siden trolig ikke forvente at systemet fullt ut skal kunne løse problemene som eksisterer. Noen studier har i denne sammenheng vist at bruk av standardiserte maler og klassifikasjonssystemer, har virket positivt inn på kvalitet i sykepleieres journalføring (11,35). Samtidig har forskere pekt på at en utfordring ved standardisering, er at et for «strengt» format kan stå i veien for at «hele historien» kommer

frem (11). Kompleksiteten som eksisterer i denne forbindelse, synliggjøres i min studie hvor to av informantene som tilhørte to ulike helseforetak, reflekterer over hvordan de erfarer utskrivningsrapportene:

«Mona»: Det virker ikke som det er standardisert hva som forventes skal stå i den (sykepleiesammendraget)».

«Marianne». Du kan på en måte ikke standardisere en sykepleierapport når folk er så forskjellig [...] Du kan standardisere overskriftene, tenker jeg, men du kan ikke bare skrive ja og nei, eller ikke aktuelt».

4.4 Lite fokus på informasjonsutveksling og samhandling på den enkelte sykehusavdeling

Det kan synes som om samhandling- herunder innholdsmessig kvalitet på det som sendes ved utskrivelse- er et lite prioritert område på den enkelte sykehusavdeling. I denne sammenheng viser Riksrevisjonens undersøkelse at samhandlingsenhetene i helseforetakene erfarer at det er vanskelig å nå frem til sykehusavdelingene med sine bidrag om kompetanseheving, særlig når opplæringen er frivillig (2). Utfordringene som samhandlingsenhetene opplever, kan tyde på at samhandling, herunder informasjonsutveksling- ikke oppleves som en stor utfordring som trenger å prioriteres i en hverdag med konkurrerende kvalitetsforbedringsområder og daglige arbeidsoppgaver. Dette kan trolig utfordre kvaliteten på innholdet i sykepleiesammendragene, fordi lav satsing på samhandling og lite bevisstgjøring av hvilke utfordringer primærhelsetjenesten opplever, gjør at nødvendige tiltak ikke blir iverksatt. Det kan derfor reises spørsmål om samhandlingstiltak bør være et obligatorisk område fremfor frivillig, siden samhandlingsenhetene i Riksrevisjonens undersøkelse opplevde det vanskelig å nå frem til fagavdelingene, blant annet fordi opplæringen var valgfri. På den andre siden kan mer presserende og konkurrerende forbedringsområder, begrense sykehusenes villighet til å prioritere samhandling og informasjonsutveksling.

4.5 Lite kvalitetssikring av innholdet i sykepleiesammendrag

Riksrevisjonenes undersøkelse (2) viste at det var lite kvalitetssikring av *innholdet* i informasjonen som sykepleiere på sykehusene sender kommunehelsetjenesten i form av PLO-meldinger. Riksrevisjonen knytter kvalitetssikring i denne sammenheng til skriftlige retningslinjer og prosedyrer i form av maler som angir mulige relevante tema, og til dobbeltkontroll av innholdet i sammendrag. Ifølge Vik er skriftlige retningslinjer én av verktøyene som kan benyttes for å bringe ulike forståelsesrammer nærmere sammen i en *koordinert- og fragmentert* oppgavefordeling. Disse samhandlingsformene er som nevnt relevant for aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre oppgav kun tre av åtte helseforetakskommuner i Riksrevisjonens undersøkelse at de hadde skriftlige retningslinjer eller rutiner når det gjelder å kvalitetssikre selve innholdet i utskrivningsrapporten fra sykepleier. Dette stod i kontrast til at sammendrag som legene utformet i flere tilfeller ble kvalitetssikret- både i form av kontrasingnering og skriftlige retningslinjer for faglig innhold (2).

Mangel på prosedyrer/retningslinjer kan ses på som problematisk når det gjelder den innholdsmessige kvaliteten i sykepleiesammendrag, fordi hensikten med prosedyrer og retningslinjer er å sikre at en handling i klinisk praksis utføres i tråd med mottakerens preferanser (36). Ved å følge prosedyrer og retningslinjer- eksempelvis i form av en mal som beskriver mulig relevant innhold, kan man delvis kompensere for manglende kunnskap om hva som er mottakerens informasjonsbehov. På den andre siden garanterer ikke prosedyrer og retningslinjer i seg selv at informasjonen blir mer relevant eller komplett, eller at samhandling blir bedre. Egen erfaring tilsier at man mange ganger ikke er klar over hvilke prosedyrer eller retningslinjer som finnes, og at mange også er veldig omfattende.

4.6 Helsepersonell dokumenterer i profesjonelle «siloe»

I følge Helsepersonelloven (37) skal epikrise (sammendrag) med tilgjengelige journalopplysninger vedrørende undersøkelse eller behandling av en pasient, oversendes helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi forsvarlig oppfølging. Loven sier lite om hva innholdet skal være, og skiller heller ikke de ulike faggruppene. Derimot er det i dagens praksis, etablert ulike begreper for sammendrag- avhengig av hvilken

profesjonsgruppe man tilhører. Informasjonen som legene produserer kalles eksempelvis for «Legeepikrise», og informasjonen som sykepleiere produserer betegnes som «Sykepleiesammendrag». Forskning viser dessuten at sykepleiere og leger utvikler informasjon i parallelle prosesser og i «profesjonelle siloer» (38), og at de benytter ulike kilder i dette arbeidet (10). Eksempelvis bruker leger *innkomstjournal*, *legenotat*, *laboratoriesvar* og *bildesvar* når de utformer sitt sammendrag, mens sykepleiere benytter blant annet *sykepleienotat*, *pleieplan*, samt *innkomstjournal* (10). Det vil med andre ord si at legene utarbeider sammendrag fra sitt tradisjonelle ansvarsområde- og sykepleiere et sammendrag ut ifra sitt tradisjonelle ståsted.

Ved å bruke begreper som «Sykepleiesammendrag» og «Legeepikrise» skapes et skille som i sin tur trolig kan bidra til at profesjonene kun kjenner ansvar for å dokumentere fra sitt tradisjonelle ansvarsområde. Dette kan representere en utfordring hva gjelder innholdsmessig kvalitet i sammendragene som sykehusets sykepleiere sender kommunene. Når sykepleiere kun dokumenterer fra sitt tradisjonelle ståsted og ikke ser det helhetlige behandlingssystemet rundt pasienten, kan informasjon som er nødvendig for at hjemmesykepleiere skal kunne følge opp pasienter på forsvarlig måte, bli utelatt. Et eksempel på dette, er et av funnene som kom frem i min studie. Siden epikrise noen ganger manglet ved utskrivelse, ønsket informantene at opplysninger om hva som hadde vært forløpet under sykehusinnleggelsen, og hva som er videre plan for oppfølging- blir beskrevet i sammendragene fra sykepleier. En av informantene sa det slik: «Jeg savner litt et punkt som beskriver litt mer av forløpet på sykehuset i utskrivningsrapporten og ikke bare i epikrisen. For epikrisen kan gjerne komme noen dager etterpå».

Sykepleierne i studien min fortalte at slik informasjon er essensielt for å kunne følge opp pasienten på forsvarlig måte. Når opplysninger om hva som har vært aktuelt under sykehusinnleggelsen og planer for oppfølging uteblir, får ikke hjemmesykepleierne den informasjon de har behov for. Sett i lys av hva Fehrenbacher og Helfert (25) beskriver som sentrale kjennetegn ved informasjonskvalitet, utfordrer dagens praksis den innholdsmessige kvaliteten i sykepleiesammendragene, fordi informasjonen ikke er *komplett*. I dette ligger at informasjonen inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig for beslutningstaking og handling (se tabell 1).

Dagens praksis med at helsepersonell dokumenterer i «profesjonelle siloer» kan videre gå på bekostning av det som er *hovedhensikten* med dokumentasjonen- nemlig å sikre pasienten en trygg overgang, og sørge for kontinuitet i behandling, pleie og omsorg (37,39).

Pasientjournalforskriften §1 (39) beskriver hensikten med å føre pasientjournal slik:

Forskriftens formål er å bidra til at pasienter ved hjelp av relevant og nødvendig dokumentasjon kan gis helsehjelp av god kvalitet, inkludert effektive og gode pasientforløp.

På den andre siden utfører sykepleiere arbeidsoppgaver som er knyttet både til en *selvstendig, samarbeidende og delegert funksjon*, noe som kan føre til utfordringer for hva som skal dokumenteres i sammendragene som sendes ved utskrivelse (41). Ifølge Helsepersonelloven §39 (37) inntreer dokumentasjonsplikten for helsepersonell som yter helsehjelp, og gjelder *ikke* for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon fra annet helsepersonell:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell

I prinsippet skal sykepleieres journalføring gjenspeile den helsehjelp som sykepleiere har planlagt, utøvd og iverksatt (16,40). Skillet mellom den helsehjelpen sykepleiere yter, og den helsehjelp samhandlende helsepersonell gir i form av behandling og oppfølging, kan fremstå utydelig. Dette kan trolig medføre uklare ansvarslinjer for hva som skal dokumenteres både i pasientens journal- så vel som i sykepleiesammendrag.

5.0 Begrensninger

Foruten å bruke informasjonskvalitets-rammeverket til Fahrenbacher og Helfert (25) til å belyse min problemstilling, benyttet jeg også brukt litteratur som beskriver samhandling og samhandlingsutfordringer. Som tidligere nevnt valgte jeg dette perspektivet fordi store deler av litteraturen jeg har gjennomgått, knytter mangelfull informasjon til utfordrende forhold i samhandling. Jeg kunne derimot ha valgt en annen tilnærming, eksempelvis belyst problemstillingen ut fra hvordan organisatoriske forhold- herunder arbeidsflyt og rotasjon av

ansatte på sykehuset- påvirker hva som dokumenteres i sammendragene som sykehusets sykepleiere sender kommunene ved utskrivelse. Dette ville imidlertid ikke tatt hensyn til de relasjonelle aspektene mellom ansatte i sykehus og kommuner som synes å være av stor betydning når det gjelder innholdsmessig kvalitet i sykepleiesammendrag. Videre forskning bør ta hensyn til identifiserte utfordringer, og rette oppmerksomhet mot tiltak som kan styrke kvalitet på informasjonen som sendes kommunene ved utskrivelse.

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har bidratt med å belyse forhold som kan utfordre innholdsmessig kvalitet på informasjon som sykehusets sykepleiere sender kommunen ved utskrivelse. Litteraturen viser at stor avstand mellom aktørene i helsetjenesten, få fysiske møteplasser, samt tjenestenivåenes ulike kontekst og funksjon, er sentrale overordnede forhold som kan utfordre kvaliteten på informasjonen som hjemmesykepleieren mottar. Utfordringene synes å oppstå i kontaktflaten mellom det *diagnoseorienterte* perspektivet i sykehus, og det *funksjons- og mestringsorienterte* perspektivet i kommunene.

I samhandlingsformer som er preget av stor avstand mellom tjenesteyterne slik som i spesialist- og primærhelsetjenesten, kan bruk av IKT fremme relevant innhold i sykepleiesammendrag. Det er likevel avgjørende at IKT systemet er i stand til å ta hensyn til kontekstuelle forhold ved informasjonen. Et IKT- system som ikke har funksjonaliteter som tar hensyn til miljøet det skal operere i, kan på den andre siden utfordre kvaliteten på informasjonen som utveksles. Dette fordi elektroniske løsninger i hovedsak er det *eneste* redskapet som i dag brukes i kommunikasjon og samhandling mellom sykepleiere i sykehus og kommune.

Noe av litteraturen som er brukt i denne oppgaven, peker i retning av at det er behov for at den enkelte sykepleier ser dokumentasjonsarbeidet i en større sammenheng for å kunne møte informasjonsbehovet til sykepleiere i kommunen. Helsepersonells praksis med å dokumentere i «profesjonelle siloer», medfører at det i liten grad tas hensyn til kontinuiteten i pasientens behandling, pleie og omsorg.

7.0 Referanser

1. Syvertsen A. Utskrevet til hjemmet – og hva så? Risikomomenter ved utskrivning fra sykehus, og internt i kommunen etter utskrivning [Internett]. Austagder: Helsetilsynet; [hentet 2020-01-21]. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/austagder/2013_syvertsen_utskrivet_til_hjemmet_.pdf
2. Riksrevisjonen. Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten. [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen; [hentet 2019-10-16] Tilgjengelig fra: <https://riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten/>
3. King BJ, Gilmore-Bykovskyi AL, Roiland AR, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJH. The Consequences of Poor Communication During Transitions from hospital to Nursing Facility: A Qualitative Study. The American Geriatrics Society.2013;61(67):1095-1102. doi:10.1111/jgs. 12328.
4. Bjørlo ARB, Christensen H. Elektronisk meldingsutveksling- et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester? [masteroppgave]. Universitetet i Agder; 2014. 71 s.
5. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v av 1999-07-02 nr 64.
6. Pasientjournalforskriften. 2019. Forskrift om pasientjournal m.v av 2019- 03-01 nr 68.
7. Rønningen M. Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær- og spesialisthelsetjenesten. [masteroppgave]. Universitetet i Oslo; 2015. 98 s.
8. Ulviksbakken MB. Sykepleiere i hjemmetjenesten sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmesykepleie. [masteroppgave]. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge; 2015. 62 s.

9. Melby L, Hellesø R, Brattheim B, Toussaint P. Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon- en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I Hellesø R, Olsen RM, red. Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag I endring. Oslo; Cappelen Damm Akademisk. s.131-152. Tilgjengeleg fra: <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>
10. Hellesø R, Sogstad MKR. Hospital Nurses' and Physicians' Use of Information Sources during their Production of Discharge Summaries: A Cross- Sectional Study. *Nursing Informatics*. 2014;335-341. doi:10.3233/978-1-61499-415-2-335.
11. Groot KD, Triemstra M., Paans W, Francke AL. Quality criteria, instruments and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75(7):1379-1393. doi: 10.1111/jan.13919.
12. Paans W, Nieweg RMB, Schans CP, Sermeu W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20 (17-18): 2386–2403. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x.
13. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(3):464–76.
14. Olsen R M, Hellzén O, Skotnes LH, Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Assosiations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing*. 2012; 2 (3): 277-287.
15. Johannesen LM, Ryen E. Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter. I: Hellesø R, Olsen RM, red. Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 33-47.

16. Norsk sykepleierforbunds faggruppe for e-helse. Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie I EPJ. [Internett]. Oslo: NSFs faggruppe for e-helse [hentet 2019-10-31].

Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/Content/2512377/cache=20152206081935/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015%20.pdf>

17. Gjevjon, ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 2009;19(1–2):100–108.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>.

18. Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R. Patients in transition--improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(23-24): 3389-3399. doi: 10.1111/jocn.12991

19. Normann L, Skard H. ELIN-k prosjektet Sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; [hentet 2019-10-16]. Tilgjengelig fra:

<https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205.9%20ELIN-K%20SLUTTRAPPORT.pdf>

20. Tønnesen S, Kassah LBL, Tingvoll WA. Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning*. 2016; 11:14-23.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>.

21. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018; 21(2):119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>

22. Olsen RM, Østnor BH, Enmarker I, Hellzén O. Barriers to information exchange during older patient's transfer: nurses experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 22:2964-2973. doi: 10.1111/jocn.12246

23. Petersen HV, Foged S, Nørholm V. “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(9-10):199-2008. doi: 10.1111/jocn.14805.
24. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses; implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(1). Doi: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.508>
25. Fehrenbacher DD, Helfert M. Contextual factors influencing perceived importance and trade-offs of information quality. *Communications of the Association for Information Systems*. 2012; 30(8): 111–126. doi: <https://doi.org/10.17>
26. Alter S. Information. I: Alter S, red. *The work system method. Connecting people, processes, and IT for Business Results*. Work System Press; 2006. s. 157-179.
27. Toussaint P, Melby L, Hellesø R, Brattheim B. Does Information Quality matter? I: Cummings G, French T, Gilstad H, Jaatun MG, Jaatun EAA, red. *Proceedings of the 3rd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics*. Elgin, Skottland: PAHI; 2015.
28. Brattheim BJ, Hellesø R, Melby L. Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1): 26-33. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56830
29. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International journal of medical informatics*. 2014; 83(5);343-353. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001>
30. Helse – og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [Internett]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; [hentet 2019-10-16].
Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

31. Grimsmo A. Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018;4(2): 102-106. doi:10.18261/ISSN.2387-5984-2018-02-03.
32. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Service Research. 2013;13(121). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>.
33. Grimsmo A, Løhre A, Røsstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(2):78-87. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-02
34. Hellesø R, Lyngstad M, Brattheim B, Melby L. Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: Hellesø R & Olsen RM, red. Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 153-176. Hentet fra: <https://dio.org/10.23865/noasp.71.ch8>
35. Johnsen L, Edward KL, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. 2018;25(3): 313-318. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>
36. Helsebiblioteket.no. Retningslinjer og fagprosedyrer [Internett]. [hentet 2020-03-05]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/retningslinjer-og-fagprosedyrer>
37. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v av 1999-07-02 nr 64.
38. Wibe T, Ekstedt M, Hellesø R. Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. Informatics for Health and Social care.2014;40(3):198-209. doi: 10.3109/175338157.2013.879150.
39. Pasientjournalforskriften. 2019. Forskrift om pasientjournal. 2019 m.v 03-01 nr 68.

40. Hellesø R. Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I: Grov EK, Holter IM, red. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Oslo: Cappelen Damm; 2015. s. 210-241.

41. Moen A, Hellesø R, Berge A. Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe; 2008. 223 s.
