



MASTER I KLINISK SYKEPLEIE

**SYKEPLEIESAMMENFATNING – ET  
NYTTIG VERKTØY?**

**Sykepleieres oppfatning om kommunikasjonen mellom  
sykehus og sykehjem**

FORFATTERE: STINE LARSEN BENTDAL  
TORHILD SØRUM

DATO: 11.12.12

Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, seksjon sykepleie  
Masterutdanningen, desember 2012

## SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleiesammenfatning – et nyttig verktøy? Sykepleiers oppfatning om kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem	Dato: 11.12.12
Deltaker(e)/	Stine Larsen Bentsdal Torhild Sørum	
Veileder(e):	Mona Løvlien	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Transitional care, communication, hospital, nursing homes, documentation	
Antall sider/ord: 62/16245	Antall vedlegg: 7	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p><b>Bakgrunn:</b> Samhandlingsreformen i Norge medfører kortere liggetid på sykehus og en økt utskrivning/overføring av pasienter med sammensatte behov. Dette krever at informasjonen som følger pasienten, er nøyaktig og lett å forstå for helsepersonell uavhengig av tid og rom, slik at kontinuitet i pleien kan opprettholdes.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med vår studie var å se på hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem, og om sykepleiesammenfatningen er et godt nok redskap for sykepleiere i sykehjem til at de føler seg trygg på at pasientopplysningene som er dokumentert speiler pasientens problemer og ressurser.</p> <p><b>Metode:</b> Det er gjort en tverrsnittstudie blant sykepleiere ansatt i sykehjem i et fylke i Norge. Et spørreskjema fra USA er oversatt til norsk og brukt i en spørreundersøkelse mai til oktober 2012. Dataanalysen er framstilt med deskriptiv analyse. Svarprosenten var på 48 (n=82).</p> <p><b>Resultat:</b> 80 prosent av de som svarte var i alderen 30 – 59 år, og 51 prosent av de som svarte hadde over ti års arbeidserfaring som sykepleier. De yngste (under 40 år), syntes det var vanskeligere enn de eldre å identifisere pasientens nåværende diagnose i sykepleiedokumentasjonen. De med høyest alder anser sykepleiedokumentasjon for å være et bedre arbeidsredskap enn de med lavere alder. 60 prosent av respondentene ville at det alltid skulle være verbal kommunikasjon i tillegg til den skriftlige. Sykepleiedokumentasjonen blir generelt sett på som viktig når det gjelder planlegging av pleien av pasientene. 38 prosent var usikre på om viktig informasjon går tapt ved overføring fra sykehus til sykehjem.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleiesammenfatningen blir oppfattet som et godt arbeidsredskap og viktig for hvordan vi planlegger pleien av pasientene, til tross for at en høy andel ønsker verbal kommunikasjon i tillegg til den skriftlige, og at mange er usikre på om viktige opplysninger går tapt i en overføring.</p>		

## ABSTRACT

Title:	NURSING SUMMARY - A SUITABLE TOOL? Nurses' perception of communication between hospitals and nursing homes	Date: 11.12.12
Participants/	Stine Larsen Bentsdal Torhild Sørum	
Supervisor(s)	Mona Løvlien	
Employer:		
Keywords (3-5)	Transitional care, communication, hospital, nursing homes, documentation	
Number of pages/words:62/16245	Number of appendix: 7	Availability (open/confidential):
<p><b>Background:</b> The Coordination Reform in Norway brings about fewer bed-days in hospital and increased transfer of patients with complex needs. This requires that the information that follows the patient is accurate and easily understandable for health professionals independently of time and space, so that continuity in the care can be sustained.</p> <p><b>Aim:</b> The intention with our study was to look into how nurses interpret communication between hospital and nursing home, and if the nursing documentation is an adequate tool for nurses in nursing homes, so that they feel confident that the documented information reflects the patient's problems and resources.</p> <p><b>Method:</b> A cross-sectional survey among nurses employed in nursing homes in Oppland county has been carried out from May to October 2012, using a US questionnaire translated into Norwegian. The data analysis is produced with descriptive analysis. The response rate was 48 (n=82).</p> <p><b>Result:</b> 80 per cent of the respondents were 30–59 years of age, and 51 per cent of the respondents had over ten years of work experience as nurses. The youngest (under 40 years of age) found it more difficult than the older to identify the patient's current diagnosis in the nursing summary. The oldest consider the nursing summary to be a better tool than the younger. 60 per cent of the respondents wanted verbal communication in addition to the written on regular basis. The nursing documentation is generally regarded as important with regards to planning the care of the patients is regarded. 38 per cent were unsure whether important information is lost at transfer from hospital to nursing home.</p> <p><b>Conclusion:</b> Despite the fact that a high percentage wants verbal communication in addition to written communication, and that many are unsure whether important information is lost in a transfer, the nursing documentation is regarded as a suitable tool and important for how we plan the care of the patient.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>6</b>
1.1	Bakgrunn .....	6
<b>2.0</b>	<b>Presentasjon av teoretisk ramme.....</b>	<b>8</b>
2.1	Samhandling .....	8
2.2	Samhandlingsreformen .....	9
2.3	Dokumentasjon.....	11
2.3.1	Dokumentasjon og historikk .....	11
2.3.2	Sykepleiers plikt og rolle i dokumentasjon .....	13
2.3.3	Sykepleieprosessen/dokumentasjonsprosessen .....	15
2.3.4	Sykepleiesammenfatning .....	17
2.3.5	Sykepleiesammenfatning i DIPS.....	18
2.3.6	NIC, NOC og NANDA .....	19
<b>3.0</b>	<b>Hensikt og forskningsspørsmål .....</b>	<b>21</b>
3.1	Hensikt.....	21
3.2	Forskningsspørsmål .....	21
<b>4.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>22</b>
4.1	Design.....	22
4.2	Utvalg .....	22
4.3	Datainnsamling .....	24
4.4	Instrument.....	24
4.5	Validitet .....	26
4.6	Reliabilitet .....	27
<b>5.0</b>	<b>Forskningsetikk .....</b>	<b>29</b>
<b>6.0</b>	<b>Dataanalyse .....</b>	<b>30</b>
<b>7.0</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>31</b>
<b>8.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>37</b>
8.1	Metodediskusjon.....	37
8.1.1	Respondenter og responsrate.....	37
8.1.2	Utvalg .....	39

8.1.3	Instrumentdiskusjon .....	40
8.1.4	Valg av statistiske analyser .....	42
8.2	Resultatdiskusjon.....	43
8.2.1	Et godt redskap? .....	43
8.2.2	Mangler i dokumentasjonen .....	46
8.2.3	Faktorer som påvirker forståelsen av sykepleiesammenfatningen.....	47
8.2.4	Kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem.....	48
8.2.5	Kultur og kommunikasjon.....	50
8.2.6	Verbal kommunikasjon .....	52
8.2.7	Samhandling, dokumentasjon og stortingsmelding nr. 9 .....	53
<b>9.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>54</b>
9.1.1	Klinisk betydning .....	55
	<b>Referanser:.....</b>	<b>56</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>62</b>
	Vedlegg 1: Informasjonsbrev .....	62
	Vedlegg 2: Spørreskjema .....	62
	Vedlegg 3: Brev fra NSD .....	62
	Vedlegg 4: Innhold i dokumentasjon fra SI .....	62
	Vedlegg 5: Kopi av sykepleiesammenfatning.....	62
	Vedlegg 6: Individuelt bidrag Stine .....	62
	Vedlegg 7: Individuelt bidrag Torhild .....	62

## 1.0 Introduksjon

Utgangspunktet for denne studien er et ønske om å bidra til bedre samhandling mellom sykehus og sykehjem ved overføring av pasienter. Tjenester som ikke er koordinerte, medfører dårligere og mindre effektiv ressursbruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Erfaring fra indremedisinsk sengepost på sykehus viser at terskelen for å overføre pasientene til primærhelsetjenesten har blitt lavere, noe som det også vises til i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Pasienter som skrives ut i dag, oppleves å være i dårligere medisinsk tilstand enn for få år siden. Det er kjent at pasienter med komplekse og sammensatte lidelser er spesielt sårbare ved overføringer fra sekundær- (sykehus) til primærhelsetjenesten (sykehjem og hjemmesykepleie i kommunene) (Coleman, 2003). Ovenstående gir grunnlag for refleksjon over om sykepleiesammenfatningen som sendes med pasientene, gjør at sykepleierne på sykehjem har mulighet til å videreføre en god og forsvarlig pleie og behandling av pasientene. Mange søk i forskjellige databaser ga få treff på dokumentasjon i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem, og dette var i seg selv inspirasjon til å finne ut mer om hvordan dagens dokumentasjon og kommunikasjon fungerer.

### 1.1 Bakgrunn

Pasientinformasjonen utveksles fra sykepleiere i sekundærhelsetjenesten og til sykepleiere og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Den skriftlige dokumentasjonen som følger pasienten, er vanligvis en epikrise (legeskriv) og en sykepleiesammenfatning (Moen, Hellesø, Berge, Mølsted, & Quivey, 2008). Grundig og nøyaktig sykepleiedokumentasjon minsker risikoen for misforståelser og feil i pleien av den enkelte pasient. Ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem er det i flere undersøkelser framhevet at formidling av nøyaktig pasientinformasjon er essensielt for å gi god pasientomsorg. Observasjoner av, beslutninger om, handlinger vedrørende og resultater av behandlingen av pasienter blir dokumentert etter hver vakt og i forbindelse med overføring av pasienter fra sekundær- til primærhelsetjenesten og omvendt. (LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead, & Hanson, 2010).

Sykepleiesammenfatningen skal gi grunnlag for å utarbeide en plan over pleien av den enkelte pasient på sykehjemmet og bidra til å opprettholde kontinuitet i sykepleien. I tillegg er det et juridisk dokument og skal derfor tilfredsstillе profesjonelle krav (Moen, 2002). Det som viser seg både nasjonalt og internasjonalt, er at kommunikasjonen mellom helsepersonell på tvers

av behandlingslinjer ikke alltid fungerer slik helsepersonell ønsker at den skal gjøre (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Norge deltok for tredje gang i The Commonwealth Funds sammenlignende internasjonale helsetjenesteundersøkelse i 2011. I undersøkelsen som ble foretatt i elleve land, skårer Norge dårlig på blant annet informasjonsflyt mellom helsepersonell generelt, og mellom ulike nivåer i helsetjenesten spesielt (Kunnskapssenteret, 2011).

The Joint Commission Center for Transforming Healthcare (i Nord-Amerika) viser til at dårlig kommunikasjon er den hyppigste årsaken til uønskede hendelser vedrørende overføring av pasienter. Dette gjelder både overføring innen og mellom pleieteam, på tvers av alle nivåer av helsetjenesten og mellom institusjoner. De antyder at anslagsvis 80 prosent av de uønskede hendelsene kan forebygges ved gode overføringsdokumenter (Siefferman, Lin, & Fine, 2012). Annen forskning viser at mangelfull sykepleiedokumentasjon innad på sykehus fører til mangler i informasjonen som følger pasienten når de overføres fra en omsorgsgiver til en annen (Braaf, Manias, & Riley, 2011).

Reiley et al. (2007) beskriver i studien «Discharge planning: comparison of patients' and nurses' perceptions of patients following hospital discharge» fra USA at nøyaktig dokumentasjon ved overføring av pasienter er viktig, blant annet for å vurdere pasientens funksjonsnivå. En sammenlignende studie to måneder etter utskriving viser at sykepleiere konsekvent undervurderer funksjonsevnen til sine pasienter i motsetning til det pasientene selv rapporterer. Det var signifikante forskjeller mellom sykepleiernes oppfatninger og pasientenes rapporter (Reiley et al., 2007).

## 2.0 Presentasjon av teoretisk ramme

### 2.1 Samhandling

Sosial- og helsedepartementet (1996,1999) her i Moen (2002), uttrykker at med pasienten i sentrum, er samhandling i alle deler av helsesektoren et viktig helsepolitisk mål. Dette på tross av at tverrfaglig informasjonsutveksling er mindre beskrevet enn annen dokumentasjon. Samhandling i denne sammenheng handler om en samhandling av de tjenestene pasienten får innenfor sekundærhelsetjenesten og/eller i primærhelsetjenesten. En nøkkelfaktor for å bedre samhandlingen er informasjonsutveksling, og utfordringen ligger i at pasienter skal oppleve at sekundærhelsetjenesten og primærhelsetjenesten fungerer som en sammenhengende tjeneste. Antallet pasienter med kroniske sykdommer øker, og det er forventet at behovet for helsetjenester på tvers av organisatoriske nivåer øker. En del pasienter opplever at det er to forløp de må forholde seg til, nemlig sykdomsforløpet og forløpet gjennom helsetjenesten. Motstridende og mangelfull informasjon om pasientens helsesituasjon og hva som er forventet forløp etter sykehusoppholdet, fører til at mange av pasientene opplever manglende kontinuitet i behandlingen. Redusert kvalitet og diskontinuitet i behandlingen kan være et resultat av mangler i informasjonsutvekslingen mellom helsearbeidere på ulike nivåer i helsetjenesten. Det som kompliserer samhandlingen, er organisatoriske forhold og uklarheter om hvilken informasjon som skal utveksles når pasienter skrives ut fra sykehus og overføres til kommunale tjenester, dette viser studier (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

SINTEF gjorde i 2003 en stor undersøkelse i sykehjem og hjemmesykepleie i Norge, der det kommer fram at sykepleiere i kommunen opplever å få meldt pasienter fra sykehuset for tidlig, og at informasjonen som følger med de utskrevne pasientene, er for sparsom. Det ble antydnet i denne studien at endringer i spesialisthelsetjenesten vil føre til at kommunene i framtiden vil få ansvaret for pasienter med større behov for medisinsk- og sykepleiefaglig oppfølging (Hofstad, 2003). Dersom ikke kommunene er klare for å ta i-mot pasienter som krever mer aktiv behandling og spesiell pleie, vil en del av pasientene bli reinnlagt. Dette koster samfunnet mye penger. De samme erfaringene finnes i andre land, blant annet i USA er det statistikk som viser at 20 prosent av de utskrevne pasientene blir reinnlagt innen 30 dager. Dette kalles for «unødvendige» innleggelses og betyr store unødvendige kostnader fordi det lokale helsevesenet ikke har kunnskap nok eller kapasitet til å ta seg av pasientene (Markanda, 2012). Markanda (2012) sier videre at å lage gode rutiner for overføring av pasienter blir



stadig viktigere med tanke på flere pasienter med komplekse medisinske problemer og økningen i antall eldre. I likhet med i Norge gjennomføres det i USA en helsereform som skal føre til at man møter pasientenes behov på best mulig måte og på lavest mulig nivå (Markanda, 2012).

## 2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, som er innført i Norge fra januar 2012, har til hensikt å utfordre kommunene til å ta over behandling av pasienter på et tidligere tidspunkt enn før (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Dette medfører enda større krav enn tidligere til at dokumentasjonen som følger pasienten er nøyaktig og pålitelig. God håndtering av pasientforløp på tvers av tjenestenivåer er en viktig forutsetning for at samhandlingsreformen skal bli vellykket. Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6, «Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv», definerer plikten til å inngå samarbeidsavtale mellom det enkelte kommunestyre (eventuelt i samarbeid med andre kommuner), og det regionale helseforetaket. Avtalen skal blant annet omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (§ 6-2, punkt 5), og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling. (§ 6-2, punkt 6) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Utgangspunktet for samhandlingsreformen kommer fra Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Følgende er sitert fra denne planen:

«Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, p. 7).

Følgende påstand er hentet fra samhandlingsreformens punkt 4.1:

«Samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store. Vi bruker ressursene på et for høyt nivå, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i

kommunen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 41). Med andre ord skal pasienten skrives ut tidligere for å ivaretas i kommunen.

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, har det medført en del endringer i forhold til utskriving av pasienter. Sykehuset må sende «melding om innlagt pasient» til kommunen så snart som mulig, dersom det er sannsynlig at pasienten har behov for kommunale tjenester etter utskriving. Kommunen (tildelingsenheten) skal til enhver tid være orientert om pasientens situasjon. Dette er avgjørende for hva slags tilbud pasienten vil få etter utskriving. Fra noen kommuner blir det gjort vurderingsbesøk hos pasienter som er inneliggende på sykehus. I enkelte tilfeller blir det organisert et samarbeidsmøte mellom sykepleier og lege på sykehuset, pasient/pårørende og representanter fra kommunen (Sykehuset Innlandet, 2010). Den verbale kontakten mellom kommunen og sykehus er noe øket i forhold til før samhandlingsreformen, mens den direkte kontakten med det enkelte sykehjem er uforandret.

Regjeringen ønsker med denne reformen å gi helsetjenesten en ny retning og forebygge framfor å reparere. Innsatsen overfor pasientene skal komme tidligere enn før, og et mål er å få de ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen. Helsetjenestene skal flyttes nærmere folk geografisk, og kommunene skal få mer penger til å håndtere den økte mengden oppgaver. Spesialiserte fagmiljøer skal samles for å bli sterke nok, og samhandlingsreformen skal gi en bedre helsetjeneste for pasientene, der de opplever å få sterkere brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

For å styrke samhandlingsreformen ønsker regjeringen i Norge blant annet å legge til rette for bedre elektronisk samhandling, dette blir sagt i en pressemelding høsten 2012. Målet for denne satsningen er at helseforetak, kommuner og fastleger skal kunne kommunisere ved å bruke elektroniske meldinger. Det er viktig å yte gode og effektive tjenester i hele pasientforløpet, og da må man utnytte informasjons- og kommunikasjonsteknologien som finnes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b).

## 2.3 Dokumentasjon

### 2.3.1 Dokumentasjon og historikk

Hovedhensikten med sykepleiedokumentasjon er at den skal bidra til å sikre kvaliteten i sykepleien, samt brukes som et arbeidsredskap. Sykepleiedokumentasjon er et nødvendig «redskap» som tjener som bindeledd mellom alle de som skal hjelpe pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005).

Allerede i middelalderen var det krav om at de som arbeidet med de syke måtte være lese- og skrivekyndige. Det var viktig å notere vesentlige opplysninger om pasientene, og på den tiden var det nonner og munkene som hadde ansvar for det arbeidet. Historisk sett gjenspeiler i sykepleiedokumentasjonen fra denne tiden forholdet sykepleie har til legevirksomheten. Florence Nightingale (1820-1910) blir betraktet som grunnleggeren av moderne sykepleie. Hun beskrev nødvendigheten av å rapportere nøyaktig det sykepleieren observerte. I tillegg til at dokumentasjonen var viktig for å sikre en medisinsk forsvarlig behandling mente Nightingale at rapportene også skulle bidra til å sørge for forsvarlig sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005).

Diakonissen Rikke Nissen (1834-1892) er den første som vi har historiske nedtegnelser om sykepleie fra i norsk sammenheng, fra cirka 1870. I 1877 ga Nissen ut den første boken om sykepleie, og hun skriver følgende angående sykepleiedokumentasjon – «sygeberetningene»: «Er det saaledes av vigtighed at kunne anstille en paalidelig iagttagelse, saa er det ikke mindre vigtigt at kunne afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning» Nissen, 1877, her i (Sandvand & Vabo, 2007, p. 16).

I følge Nissen er det vesentlig for kvaliteten på den sykepleie som blir gitt, at det er gjort nøyaktige observasjoner og en konkret overlevering av fakta. Det er sykepleieren som har tid nok til å iaktta den enkelte pasient, legen har ikke tid til det. Tidligere hadde det vært tradisjon for at det var legen som tok seg av den skriftlige dokumentasjonen (Sandvand & Vabo, 2007). «Sygeberetningene» inneholdt som oftest personlige data, en kort sykdomsbeskrivelse og etter dette en påfølgende rapport om pasienten. Det ble ikke skrevet daglige rapporter, men de ble laget i forbindelse med spesielle hendelser. Det var vanlig at et utskrivningsnotat avsluttet beretningen, og der ble pasientens status klassifisert i fire kategorier: Helbredet, bedring,

uhelbredet og død. Det var ingen struktur på dokumentasjonen, og det ser ut til at den ble gjort hovedsakelig for legens skyld (Sandvand & Vabo, 2007).

Sykepleiefagets innhold og utvikling var betydelig preget av medisin framfor sykepleie fram til midten av 1940-årene. I 1941 ble «sykepleiedokumentasjon» trukket fram i et nytt læreverk for sykepleie i Norge. Nå er for første gang sykepleiere med i utviklingen av lærebøker, og det etableres retningslinjer for sykepleiedokumentasjonen. Norsk Sykepleierforbund ga i 1966 ut en lærebok for sykepleieskoler («Generell sykepleie») der spesielle krav til skriftlige rapporter, kardexkort og kurver blir listet opp. Flere sykehus begynte etter hvert å bruke ringboksystem, og det var stadig utvikling i det skriftlige systemet. Når det gjaldt det faglige innholdet i dokumentasjon av sykepleie, skulle det vise seg at Virginia Hendersons (1896-1969) sykepleieteori og hennes vektlegging av grunnleggende behov hos det enkelte individ skulle bli sentral. På 1960-tallet ble utviklingen av sykepleieteorier viet mye oppmerksomhet (Sandvand & Vabo, 2007).

I 1960-årene kom begrepet pleieplan inn i norske sykepleieres vokabular, sammen med sykepleieprosessen. Det ble vesentlig å synliggjøre sykepleierens ansvarsområder innen utført helsehjelp i dokumentasjonen. Etter hvert kom det retningslinjer for fem ledd i sykepleien som skulle dokumenteres: Datainnsamling, problemformulering, målsetting/forventet resultat av pleien, sykepleietiltak og evaluering av de sykepleietiltak som var satt i gang. Tidligere hadde dokumentasjon om pasientforløp vært noe tilfeldig, og Statens helsetilsyns arbeid med klagesaker var bakgrunnen for disse retningslinjene (Sandvand & Vabo, 2007).

Fra midten av 1990-årene skjøt en bevegelse for «evidensbasert praksis» fart, og sykepleie var en av profesjonene som tok til seg dette begrepet. Evidensbasert praksis skal være den fremste kvalitetssikring av kunnskap og metoder som anvendes i praksis i helse- og sosialsektoren. Denne praksisen skal skape et system for kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling. Det er vitenskapelig bekreftede forskningsresultater som skal brukes i yrkesutøvelsen (Thomassen, 2006). Molven (2012) uttaler at dokumentasjonen skal gjengi fakta, men bør også inneholde vurderinger. Hovedsaken er å sikre at best mulig relevante bakgrunnsopplysninger kommer fram, slik at det som er nødvendig er tilgjengelig for personalet som skal ta over pleien av pasientene (Molven, 2012).

### 2.3.2 Sykepleiers plikt og rolle i dokumentasjon

Fra 1. januar 2001 er det dokumentasjonsplikt hos alt helsepersonell, og den dokumentasjonen som blir gjort av pleiepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere), går inn den elektroniske journalen (EPJ) på linje med legenes dokumentasjon. Ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem skal det følge med dokumentasjon som gjør det mulig å videreføre en forsvarlig oppfølging av pasienten. I praksis er dette en epikrise fra den medisinske delen av behandlingen og en sykepleiesammenfatning fra pleiesiden av behandlingen. Epikrisen er derved ikke bare et arbeidsredskap mellom leger, men også til bruk for annet helsepersonell (Mølven, 2012).

Lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjenesten hjemler plikten til dokumentasjon av helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a, 2001b). Journalen skal være lett å forstå for annet helsepersonell, noe som er viktig for å sikre blant annet samhandling. I tillegg er dette et viktig kriterium for å sikre kontinuitet, etterprøvbarehet og kvalitet både i den medisinske behandlingen og i sykepleien (Anne Moen, Hellesø, Berge, Mølstad, & Quivey, 2008).

Når det gjelder forsvarlig journalføring og dokumentasjon av helsehjelp er det i første rekke et systemansvar. Det vil si at det blir lagt til rette for og etablert rutiner for journalføringen, og at den blir fulgt opp. Alle helsearbeidere, hver enkelte sykepleier inkludert, er ansvarlig for å nedtegne alt som blir planlagt og iverksatt i pasientens journal. I tillegg har sykepleieren et selvstendig ansvar for å gjøre seg kjent med hvilke juridiske krav og faglige prinsipper som gjelder i sykepleiedokumentasjon (Sandvand & Vabo, 2007).

Pasientbehandlingen skal dokumenteres ved kort å skrive ned eller registrere funn, tiltak som er satt i verk, virkningen av tiltakene og eventuelle prosedyrer. Det er fakta som primært skal gjengis, men i gjengivelsen kan og bør ofte vurderinger inngå. Dokumentasjonens formål er hovedsakelig å sikre at best mulig relevante bakgrunnsopplysninger er tilgjengelig for det videre arbeidet for behandlings- og pleiepersonalet. Dokumentasjonen skal gi grunnlag for å videreformidle viktige opplysninger om den enkelte pasient ved overføring fra en helseinstitusjon til en annen (Mølven, 2012).

De elektroniske pasientjournalssystemene som blir brukt i dokumentasjon i dag, er lagt til rette for at pasientinformasjonen kan deles med andre. Imidlertid er den norske helselovgivningen i liten grad utformet med tanke på deling ved hjelp av elektroniske medier. Helselovgivningen klargjør i hvilke situasjoner pasientopplysninger kan formidles til andre, men den inneholder ikke opplysninger om hvordan dette skal gjøres. Sosial- og helsedirektoratet har gitt ut et rundskriv for å gi en avklaring i henhold til regelverket. Der blir det slått fast at direkte oppslag i elektronisk pasientjournal kun skal skje innen den enkelte virksomhet. Det kan ikke åpnes for tilgang på tvers av helseforetak. I slike tilfeller skal informasjonen vurderes før utlevering om det er nødvendig informasjon for at mottaker skal yte forsvarlig helsehjelp (Christiansen, Nohr, Skipenes, & Henriksen, 2007). Christiansen et al. (2007) sier videre at det kreves en balanse mellom de hensyn taushetsplikten skal ivareta, og tilgjengeligheten av helseopplysninger for å skape fleksible og sikre ordninger om formidling av pasientopplysninger som gir god pasientbehandling og et sammenhengende pasientforløp. De hevder at det som i årene som kommer vil kunne bidra til en bedre utnyttelse av ressursene i helsevesenet er en kombinasjon av tilgang til elektroniske pasientjournalssystemer for helsepersonell. Det vil si: en blanding av manuell og helt eller delvis automatisert elektronisk utlevering av opplysninger, muntlig informasjon og bruk av elektroniske systemer som eies og håndteres av pasientene selv (Christiansen, Nohr, Skipenes, & Henriksen, 2007).

Regjeringen i Norge har nå satt seg et nytt mål for IKT utviklingen i Helse- og omsorgstjenesten, dette er gjort rede for i Stortingsmelding nummer 9 (godkjent i statsråd 30.11.12) for 2012 og 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Målene fra regjeringen er:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a, p. 9).

For å nå målene er noen av virkemidlene å utvikle én journal, slik at hver innbygger har kun én journal. Et slikt helhetlig og integrert journalsystem vil gi helsepersonell, pasienter og andre brukere enkel tilgang til relevant informasjon. Det er meningen at journalopplysninger sømløst skal følge pasienten gjennom behandlingsforløpet, men for å få til dette i praksis, er

det nødvendig med en helhetlig gjennomgang av lovverket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

Noen erfaringer er allerede gjort i forhold til etablerte sentraliserte løsninger på blant annet frikort og e-resept. Det er gode erfaringer med disse tjenestene, og såkalt «nasjonal kjernejournal» skal teste ut fra og med høsten 2013. Behovet for effektiv elektronisk samhandling gjør at helseinstitusjoner i sekundærhelsetjenesten og i primærhelsetjeneste skal ta hensyn til dette ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Samhandling både innenfor samme omsorgsnivå og på tvers av omsorgsnivåer, skal være et viktig hensyn i anskaffelsesprosessen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

### 2.3.3 Sykepleieprosessen/dokumentasjonsprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsende metode som danner bakgrunn for mye av den dokumentasjonen som sykepleiere utfører (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Alfaró-LeFevre (2013) beskriver sykepleieprosessen som en systematisk metode for å gi humanistisk omsorg som legger vekt på å oppnå ønskede resultater kostnadseffektivt (Alfaró-LeFevre, 2013). Sykepleieprosessen blir sammenlignet med en vitenskapelig metode for å løse et problem (Heggdal, 2006). Forskjellen er at i vitenskapen defineres problemet før man går ut og samler data, mens i sykepleieprosessen skjer en kartlegging før problemet defineres (Mitchell, 1980).

Lydia Hall (1955) var den første sykepleieteoretikeren som beskrev sykepleie som en prosess, og introduserte de tre trinnene observasjon, administrasjon av pleie og validering (Cuesta, 2006). Senere har sykepleieprosessen ekspandert til en fire, fem og seks trinns prosess. Orlando (1961) er kreditert for å ha introdusert sykepleieprosessen som ble sentral for mange publikasjoner i sykepleie, og som ble et rammeverk for praksis og i sykepleieutdanningen (Meleis, 2012). Abdellah (1969) utviklet sykepleieprosessen med sine 21 sykepleieproblemer med mål om å utvikle en sterk kunnskapsbase for sykepleiere og fremme autonomi (Ibid).

I dagens sykepleieutdanning er det lagt vekt på følgende punkter i den problemløsende metoden: Datasamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Tanken er at disse punktene går i spiral, slik at økte mengder med informasjon resulterer i nye innsamlinger av data og fører problemløsningen til

et høyere nivå. Det er lagt vekt på dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ), og for å utforme sykepleiediagnoser henvises det til klassifikasjonssystem, noe NANDA (North American Nursing Diagnosis Assosiation) er et eksempel på. I-følge Kirkevold (1998) er NANDA uten tvil en av de mest velutviklede forvalterne av sykepleieprosesstenkningen på den internasjonale arena (Kirkevold, 1998). Målene er delt inn i hovedmål og delmål, kortsiktige og langsiktige mål. Eksemplene på mål er hentet fra NOC (Nursing Outcomes Classification), og eksemplene fra utforming av tiltak er hentet fra NIC (Nursing Interventions Classification). Elektronisk standardiserte dokumenter er framhevet som en av faktorene som kan sikre nøyaktig og overførbar dokumentasjon (Brown et al., 2006).

Norsk Sykepleierforbund har laget en veileder for dokumentasjon i sykepleie. De henviser til at flere studier de siste ti årene viser at sykepleiedokumentasjon sjelden holder mål.

Kontinuiteten og kvaliteten skal understøttes av dokumentasjonen, og for å sikre kvaliteten i dokumentasjonen brukes sykepleieprosessens faser og struktur (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Sykepleieprosessen danner et rammeverk for utførelse og vurdering av sykepleie. Den består av følgende deler: en informasjonsinnhenting med kartlegging av data/problem/ressurser, en sykepleiediagnostisering med definisjon av behov og problemer, målsetting, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak samt evaluering av tiltak og resultater. Under det siste punktet hører utveksling av informasjon med annet helsepersonell hjemme, herunder sykepleiesammenfatning. Hva pasienten selv opplever i forbindelse med egen helse, blir vektlagt. Med denne metoden skal sykepleieprosessen gi en struktur for synliggjøring og dokumentasjon av sykepleie, og danne grunnlaget for sykepleien. Innhenting av informasjon i de enkelte fasene av prosessen er forutsetningen for kontinuitet og kvalitet i sykepleien (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Kritikken mot sykepleieprosessen går ut på at den er utilstrekkelig i holistisk syn på sykepleie. Sykepleieprosessen blir beskyldt for å være en reduksjonistisk prosess der det legges vekt på sykepleieproblemer framfor pasientproblemer. Levine og Abdellah (1986) her i (Martinsen, 2005): «En forholder seg til lidelser og sykdom ut fra manualer og standardiserte prosedyrer. Subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir marginalisert» (Martinsen, 2005, p. 93). Når man sammenligner sykepleieprosessen med en helhetstenkning i sykepleien, er de



i hver sin ende av spekteret med tanke på metode, prinsipper og tolkning. Benner (1984) beskrev i sin «Fra novise til ekspert» at novisen bruker sykepleieprosessen mer aktivt enn eksperten, som har en mer intuitiv og holistisk tilnærming til pasienten (Benner, 1984). I sykepleieprosessen sees kunnskap og handling som to adskilte ting. Kari Martinsen legger i sine teorier vekt på sansing og intuitiv fornemmelse (gjennom tilstedeværelse) i tilnærmingen til pasienten, i vurderingen av behovet for omsorg og i utøvelsen av sykepleie. Hun mener at vi for å kunne dokumentere helhetlig sykepleie ikke bare skal dokumentere hva vi gjør, men også hvordan vi gjør det (Martinsen, 2005). Sykepleiedokumentasjon av tiltak som er gjort for pasienter med sammenlignbare diagnoser, kan se relativt lik ut, men i virkeligheten være utført på helt forskjellige måter, basert på sykepleierens kompetanse (Heggdal, 2006).

#### 2.3.4 Sykepleiesammenfatning

Sykepleiesammenfatning er en dokumenttype som kan brukes ved overføring av pasienter fra en institusjon til en annen og skal brukes for å gi standardisert og oversiktlig informasjon om den sykepleie som er gitt pasienten. Dokumentet inneholder aktuelle opplysninger som hentes fra registreringer gjort i pasientjournalen og er formet som en rapport (Dale et al., 2003).

Molven (2012) sier at «Sykepleiesammenfatning» er et dokument som binder sammen enkeltobservasjoner for å gi et helhetlig bilde av pasienten (Molven, 2012; Norsk Sykepleierforbund, 2007). Sykepleiesammenfatningen skal inneholde punktene i sykepleieprosessen i tillegg til å si noe om tidsrommet sammenfatningen gjelder for, status ved utskriving og signering av pasientansvarlig sykepleier. Den kan også inneholde data som sykepleiere har delegert ansvar for, som for eksempel: cave, reservasjoner og ønsker, diagnose, opplysninger angående medisinerer med mer (Dale, et al., 2003).

Det skal dokumenteres uttalelser som gis om pasienten, status ved utskrivelse og all annen informasjon som utveksles med annet helsepersonell, herunder personell ved andre institusjoner. Ved utskriving av pasienten skal en sammenfatning av journalopplysninger som trengs for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp, sendes det helsepersonell som trenger det. Det er den helsehjelp som sykepleiere har hatt ansvaret for som skal være med i sykepleiesammenfatningen sykepleiere skriver, og det er viktig at det som blir skrevet er anvendbart for de som skal følge opp pasienten. Sammenfatningen skal inneholde et kort resymé av den helsehjelp som er gitt, pasientens status ved utskrivningstidspunktet og en vurdering av eventuelle oppfølgingsbehov sett fra sykepleierens side. I tillegg skal det komme

tydelig fram hvem som mottar kopi av dokumentet. Sammen med sykepleiesammenfatningen bør det følge en epikrise fra lege (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

### 2.3.5 Sykepleiesammenfatning i DIPS

I Norge er DIPS et vel etablert system på mange sykehus, og det er dette systemet Sykehuset Innlandet (heretter SI) bruker. Når det gjelder sykepleiedokumentasjonen, brukes det klassifikasjonssystemet NANDA (North American Nursing Diagnosis Assosiation) (Norsk Sykepleierforbund, 2007; Sandvand & Vabo, 2007). Dette systemet inneholder begreper for sykepleieres selvstendige vurdering av hva som er pasientens problemer, og det behovet for helsehjelp som pasienten har. Grunlaget for sykepleierens vurderinger og handlinger er sykepleiekunnskap (Anne Moen, Hellesø, Berge, Mølsted, & Quivey, 2008).

Når pasienter overføres fra sekundærhelsetjenesten til primærhelsetjenesten, skal sykepleier skrive en slik sykepleiesammenfatning, for å sikre kontinuitet i sykepleien. Sykehjemmene i Oppland fylke tar i-mot pasienter hovedsakelig fra sykehus i SI, og alle disse bruker samme dokumentasjonsprogram: DIPS. DIPS er leverandør av elektroniske pasientjournaler til helse-Norge. Kvalitetssystemet er ISO-sertifisert ([www.DIPS.no](http://www.DIPS.no)). DIPS leverer ikke ferdige behandlingsplaner og sammenfatninger, dette er opp til hvert enkelt helseforetak å utarbeide. På SIs nettsider er det beskrevet hva en sykepleie-/fagrapport skal inneholde. Denne stemmer med den sykepleiesammenfatningen som finnes i DIPS, med unntak av «kopi av medikamentliste fra epikrise» (Vedlegg 5). Det blir konsekvent brukt kopi av epikrise når det gjelder hvilke medisiner pasienten skal ha. Epikrisen skal sendes med i samme konvolutt som sykepleiesammenfatningen (Sykehuset Innlandet, 2010).

Sykepleiedokumentasjonen i DIPS er delt opp i funksjonsområder, og disse går igjen på all dokumentasjon som gjelder pleie av pasienten – og dermed også i sykepleiesammenfatningen. Følgende funksjonsområder er med: Kommunikasjon/sanser, kunnskap/utvikling/psykisk, åndedrett/sirkulasjon, ernæring/væske/elektrolyttbalanse, eliminasjon, hud/vev/sår, aktivitet/funksjonsstatus, smerte/søvn/hvile/velvære, seksualitet/reproduksjon, sosialt, åndelig/kulturelt/livsstil og annet/legedelegerte aktiviteter og observasjoner.

Dokumentoppsettet er godkjent av viseadministrerende direktør Børresen i SI sentralt (se vedlegg 4). I-følge SIs definisjon er hensikten med å bruke funksjonsområder å bedre

oversikten, sikre helhet og gjøre det lettere å kunne gjenfinne informasjon. Lokale tilpasninger på det enkelte helseforetak forekommer.

### 2.3.6 NIC, NOC og NANDA

Klassifikasjonen i DIPS i alle dokumenter og hva som hører under hvilket område, bygger på en klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC). Elektronisk pasientjournal (EPJ) har nå erstattet papirjournal, og dokumentasjonen blir regnet som en integrert del av EPJ. Det er forbundsstyret i NSF (Norsk Sykepleierforbund) som i 2002 vedtok å oversette de amerikanske sykepleieklassifikasjonene NANDA (North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy), NIC (Nursing Interventions Classification) og NOC (Nursing Outcomes Classification). Det er mange fagpersoner som har bidratt til at boken nå foreligger på norsk, og det har vært store utfordringer knyttet til oversettelse når det gjelder å utvikle sykepleieterminologi på de områdene boken omfatter.

I-følge forfatterne av boken skal det å bruke NIC (Nursing Interventions Classification) gjøre det enklere å kommunisere sykepleie-behandlinger til andre sykepleiere eller andre helsearbeidere. Den skal standardisere og definere kunnskapsbasen for pensum og praksis i sykepleien og tilrettelegge korrekt valg av sykepleieintervensjoner (Dochterman, Bulechek, & Mølstad, 2006).

I-følge Norsk Sykepleierforbund er det gitt ut flere bøker der NANDA-diagnosene er koblet opp mot ønskede resultater (NOC), og videre til anbefalte tiltak (NIC). Hensikten med denne metodikken er å gi beslutningsstøtte, men det henvises samtidig til at sykepleieren må ha høy kompetanse innen begrepene i NANDA, NIC og NOC (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Disse klassifikasjonssystemene er dermed «bakteppet» for EPJ og den dokumentasjonen som blir gjort daglig, og danner også grunnlaget for sykepleiesammenfatningen.

Selv om dette dokumentasjonssystemet er godt innarbeidet i Norge nå, så er det dokumentert en del mangler i journalføringen. Dette er vist i blant annet en kasusstudie som er gjennomført i Norge for å få fram variasjon i dokumentasjonspraksis på tvers av organisasjoner og forvaltningsnivå. Det ble foretatt intervju med 14 informanter. Sykepleierne på sykehus mente det var vanskelig å lage en nøyaktig og fullstendig sykepleiesammenfatning på grunn av mangelfull journalføring. Grunnen til mangelfull journalføring er at noe informasjon finnes i behandlingsplanen, mens andre ting står i dagrapportene. Viktig informasjon om pasientens

pleiebehov kan være fraværende. Resultater fra studien indikerer at innholdet i sykepleiedokumentasjonen og samhandlingsdokumentene har for lav kvalitet. I-følge informantene i denne studien var det ingen lokale føringer for hvordan sykepleierne skulle dokumentere i EPJ - verken fra avdelingsledelsen eller institusjonsledelsen. Informantene – uansett om de arbeidet i kommunehelsetjenesten eller på sykehus – var konsekvent mer fornøyde med den informasjonen de selv sender med pasientene, enn med den de mottar fra samhandlende institusjoner (Naustdal, 2012).

### **3.0 Hensikt og forskningsspørsmål**

#### **3.1 Hensikt**

Pasienter kan utsettes for unødig risiko på grunn av manglende kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem. For å sikre en trygg, og effektiv behandling er det essensielt at helsepersonell får de nødvendige opplysningene om pasienten. Manglende kommunikasjon kan være en trussel mot pasientens sikkerhet og føre til uønskede hendelser (Kripalani et al., 2007). Sykepleiesammenfatningen som brukes ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem, er det dokumentet som skal danne grunnlag for planlegging av videre stell og pleie av pasientene.

Hensikten med vår studie var derfor å se på hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem, og om sykepleiesammenfatningen er et godt nok redskap for sykepleiere i sykehjem til at de føler seg trygg på at pasientopplysningene som er dokumentert speiler pasientens problemer og ressurser.

#### **3.2 Forskningsspørsmål**

I denne studien vil vi prøve å få svar på følgende forskningsspørsmål:

- Er sykepleiesammenfatning sett på som et hensiktsmessig verktøy for sykepleiere i sykehjem ved mottak av pasienter fra sykehus?
- Har alder og ansiennitet påvirkning på holdningen til sykepleiesammenfatningen?
- Hvordan oppfatter sykepleiere på sykehjem at kommunikasjonen fungerer ved overflytting av pasienter fra sykehus til sykehjem?

Forskningsspørsmålene i en studie bestemmes ut ifra at forskerne ønsker å finne ut mer om et avgrenset tema. Det er tidligere forskning og teori som skal danne basis for forskningsspørsmålene vedrørende det avgrensede temaet. (Drageset & Ellingsen, 2010). En hypotese før studien startet, var at sykepleiesammenfatningen ikke oppfyller de krav sykepleiere på sykehjem mener den skal ha. En annen hypotese var at sykepleiesammenfatningen ikke blir brukt i praksis for å planlegge pleien av nye overflyttede pasienter.

## 4.0 Metode

### 4.1 Design

For å svare på forskningsspørsmålene valgte vi å gjøre en tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie sier noe om hvordan et fenomen er akkurat nå. Ved å bruke denne formen for design er det mulig å måle variabler i en gruppe mennesker på et bestemt tidspunkt. Studien har også en observerende design (Bjørndal & Hofoss, 2004). Informasjonen i studien er samlet på en planlagt måte i et utvalg på ett tidspunkt. Forekomst og fordeling er det som skal beskrives. I denne studien er det summering av status av et «fenomen» – i dette tilfellet: sykepleiedokumentasjon (Polit & Beck, 2012). Dersom man ønsker å beskrive fordeling og forekomst, eller søker å finne sammenheng mellom en eller flere variabler eller ett eller flere begreper, er tverrsnittstudie ett velegnet design. Målet med slike studier er å utforske eller beskrive sammenhenger mellom bestemte variabler. Et viktig kriterium er å ha et representativt utvalg for populasjonen (Nortvedt, 2007).

Tverrsnittstudie er en kvantitativ metode. Kvantitativ metode bygger på både naturvitenskap og vitenskapssyn som inspireres av kritisk rasjonalisme og positivisme i hovedsak. Som overordnet forståelsesramme blir kritisk teori og pragmatisme også anvendt. Kvantitativ metode brukes for å teste hypoteser, finne årsakssammenhenger og for å få blant annet breddekunnskap. I de fleste tilfeller bygger studien på tidligere forskningsstudier og en teori som bygger på disse, sammen med forskerens/forskernes egne erfaringer på det aktuelle området. Teorien kan helt eller delvis formuleres som hypoteser eller klart definerte forskningsspørsmål som er testbare. Informasjonen som samles inn, skal være valid, reliabel og generaliserbar, og det er viktig at forskeren har en distanse til undersøkelsespersonene og er nøytral og objektiv (Drageset & Ellingsen, 2010).

### 4.2 Utvalg

I forkant av undersøkelsen ble det laget en utvalgsplan. Det ble definert hvem som skulle inkluderes i populasjonen, og hvem som skulle ekskluderes. Populasjonen i studien var autoriserte sykepleiere ansatt i totalt 37 sykehjem i Oppland fylke (n= 530).

Inklusjonskriteriet var at de arbeidet i mer enn 20 prosent stilling som fast, midlertidig eller vikar, i perioden april–oktober 2012. Det var også et krav at de hadde direkte pasientkontakt. Sykepleiere som kun har administrative oppgaver, ble ekskludert fra studien. Alle

sykehjemmene i Oppland fylke ble skrevet ned på lapper. Før trekningen ble det foretatt et stratifisert utvalg -og en fordeling på grunnlag av geografisk tilhørighet til to regioner. Fordelen med et stratifisert utvalg er at det kan gi en bedre representativitet (Lund, 2002). Det største sykehjemmet i hver region ble valgt ut med den begrunnelse at disse sykehjemmene totalt sett tar i-mot flest pasienter fra sykehusene, og det var nødvendig for å få et visst antall respondenter. I tillegg ble det gjort en trekning av tre sykehjem fra hver region. Den første utsendelsen av spørreskjemaer inkluderte dermed 8 sykehjem i begge regionene, med til sammen 120 sykepleiere som fikk spørreskjemaer. Vi fikk 58 svar på denne utsendelsen av spørreskjemaer, en svarprosent på 48.

Det var et krav fra Høgskolen i Gjøvik om å få cirka 75 respondenter på studien. På grunn av for få respondenter, måtte vi i etterkant foreta ytterligere trekning av tre sykehjem. Fordi vi fikk svar fra færre respondenter fra sykehjem i den ene regionen enn i den andre, ble det i denne trekningen inkludert to sykehjem fra region 2 og ett fra region 1. På disse sykehjemmene var det totalt 50 sykepleiere som var aktuelle for studien. Til sammen kom det inn 24 svar. Totalt for hele studien var det 82 svar, noe som gir en total svarprosent på 48.

Studien ble utført ved totalt elleve sykehjem. Disse ble altså delvis funnet ved stratifisert utvalg og delvis ved trekning. Stratifiseringen ble foretatt med tanke på å inkludere sykehjem med flest pasienter og sykepleiere, ettersom disse tar i-mot de aller fleste overflyttinger av pasienter fra sykehusene. Sykehjemmene er delt inn i to regioner etter geografisk tilhørighet. Det er dermed ikke benyttet sannsynlighetsutvelgelse, og i mange helsefaglige forskningsstudier er det upraktisk, uøkonomisk og etisk umulig å anvende sannsynlighetsutvelgelse. Derfor blir ikke-sannsynlighetsutvelgelse valgt. Dette kan gjøres på fire måter. 1) Bekvemmelighetsutvelgelse – her blir de som er lettest å få tak i valgt ut av forskeren. 2) Deltakerne velger ut seg selv, altså selvutvelgelse. 3) Forskeren velger de som er antatt å være representative, en skjønsmessig utvelgelse. 4) En kvoteutvelgelse, der det foretas en gruppeinndeling av hele populasjonen og deretter velges ut et antall. Skjønsmessig utvelgelse er den mest benyttede metoden (Drageset & Ellingsen, 2010).

### 4.3 Datainnsamling

Helse- og sosialsjefen i de enkelte kommunene ga oss skriftlig tillatelse på e-post til å gjennomføre spørreundersøkelsen. Disse tillatelsene fikk vi stort sett ganske fort. I et par kommuner måtte vi purre på svar. Kontaktpersoner (som regel avdelingssykepleier) ved hvert sykehjem og hver avdeling var oppnevnt av helse- og sosialsjefen, og disse ble kontaktet per telefon. I etterkant av telefonsamtalen fikk de tilsendt forskningsplanen, spørreskjemaer (vedlegg 2) og informasjonsbrev. I tillegg fulgte anonyme konvolutter til hver enkelt respondent samt en stor samlekonvolutt ferdig adressert med navn og adresse til en av studentene. Kontaktpersonene sørget for å distribuere spørreskjemaer og informasjonsbrev til alle, og respondentene la sine svar i en lukket anonym konvolutt i den store konvolutten merket med studiens navn. Avdelingssykepleierne (kontaktpersonene) hadde ingen mulighet til å vite hvem som svarte eller ikke, og hadde ikke tilgang på de ferdig utfylte skjemaene. Konvoluttene ble sendt til oss, og ble åpnet av oss i fellesskap. Alle hadde fått samme tidsfrist, og alle fikk purringer per telefon da fristen nærmet seg. Generelt sett tok datasamlingen lengre tid enn planlagt, og den største grunnen til dette var at det kom inn for få svar fra de første åtte sykehjemmene, og dermed måtte spørreundersøkelsen sendes ut til tre sykehjem til. Det ble benyttet samme framgangsmåte til disse tre sykehjemmene som til de åtte første. Totalt var det 82 respondenter som svarte på spørreundersøkelsen.

### 4.4 Instrument

Instrumentet «Survey of Provider Attitudes and Opinions about Patient Care Transitions between Nursing Homes and Emergency Department» er brukt i spørreundersøkelsen. Dette ble valgt fordi det tidligere var benyttet i en tilnærmet lik studie, som dreide seg om dokumentasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell ved overflytting av pasienter. Spørreskjemaet ble først utarbeidet og benyttet i den amerikanske studien «Health care providers Opinions on communication between nursing homes and emergency departments», og er såkalt «selvadministrerende» (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Spørreskjemaet ble utviklet av en akuttmedisiner og en geriater som var opptatt av omsorg i sykehjem. Den ferdige utgaven ble vurdert og revidert av en akuttmedisinsk overlege, to geriatriske leger, tre sykepleiere og en psykolog med kompetanse innen forskningsmetodikk. Hovedtemaene i spørreskjemaet ble laget med utgangspunkt i kvalitetsindikatorer utviklet av The Society for Academic Emergency Medicine (SAEM), Geriatric Task Force ((Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010; Terrell et al., 2009). Oversettelsen av spørreskjemaet til



norsk er foretatt av sykepleiere med god språkkompetanse og innsikt i faget og av en profesjonell språkkonsulent/oversetter. De ulike oversettelsene ble sammenlignet for å komme fram til mest mulig lik versjon. Hvert spørsmål er nøye vurdert for å sikre at ikke betydningen av spørsmålet ble endret. Bortsett fra «back oversettelse» er malen for oversetting av spørreskjema i-følge WHO fulgt. For å teste ut brukervennligheten på spørreskjemaet gjorde vi i forkant av studien en pilottest til ti sykepleiere. Det kom dessverre inn bare seks svar på pilottesten (World Health Organization, 2010). Respondentene hadde besvart spørreskjemaet nøyaktig, og det kom ingen negative kommentarer. Vi ønsket ikke å utvikle et nytt instrument da dette er et omfattende arbeid og vil kunne være en masterstudie i seg selv. Oversettelse av instrumentet ble derfor en del av prosessen før spørreundersøkelsen kunne starte. Tillatelse til å benytte skjemaet er gitt per e-post fra Suzanne M. Gillespie.

Originalspørreskjemaet består av spørsmål som gjelder overføring av pasienter fra sykehjem til akuttmottak på sykehus, og fra sykehus til sykehjem. Instrumentet består av et todelt skjema, der del A består av 14 spørsmål med en likert-skala der informanten 1 er «helt uenig» og 7 er «helt enig» (spørsmål 1a–1h og 3a–3d), og der 1 er «aldri» og 7 er «alltid» (spørsmål 2a og 4a), samt ett spørsmål med alternative svar. Del B er demografiske opplysninger.

Denne masteroppgaven tar for seg overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem, så spørsmål som ikke var aktuelle for denne problemstillingen, ble fjernet. I tillegg har vi lagt til spørsmål h i spørsmål 1 som dreier seg om sykepleiedokumentasjonen er et godt arbeidsredskap, a) i spørsmål 3 der viktigheten for planlegging av pleien er tema, og a og b i spørsmål 4 der det er spørsmål om bruk av andre kilder for å få nok opplysninger om pasienten. I tillegg er det spørsmål om hvilke kilder de eventuelt bruker. Spørreskjemaet (vedlegg 2) består av spørsmål som er delt inn i ulike kategorier.

Første del av spørreskjemaet dreier seg i hovedsak om oppfatningen av hvor enkelt det er for sykepleiere som arbeider på sykehjem å finne viktig informasjon om pasienten slik at de kan ta hånd om pasienten, utarbeide en plan over pleien og finne nødvendig kontaktinformasjon. Spørsmål 1a–4a dreier seg om diagnose, fysisk tilstand, mental status og eventuelle allergier. I spørsmål 2a–6a spør vi om kontaktinformasjon til behandlingssted (sykehus) er lett å finne og om informasjonen er lett å forstå. I spørsmål 7a og 8a spør vi om sykepleierens subjektive generelle oppfatning av sykepleiedokumentasjonen, det vil si: sykepleiesammenfatningen som

følger med pasienten fra sykehus til sykehjem- (inneholder den nok opplysninger til at vi kan ta hånd om pasienten i løpet av få minutter?), og om de anser sykepleiesammenfatningen for å være et godt arbeidsredskap. Svarene blir gitt i form av en likert-skala der 1 er uenig og 7 er helt enig. I andre del av spørreskjemaet blir sykepleierne spurt om oppfatningen av om verbal kommunikasjon mellom helsepersonell på deres nivå bør finne sted ved overflytting av en pasient. Der er alternativene 1 «aldri» til 7 «alltid». Vi spurte om sykepleierne anså sykepleiedokumentasjonen som et viktig dokument for å planlegge pleien av pasienten, og om de syntes at det var god kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. Sykepleierne svarte fra 1 er «helt uenig» og til 7 er «helt enig». I tillegg spurte vi om de trodde viktig informasjon går tapt ved overflytting av pasienter, og om det var samsvar mellom opplysninger som er gitt på forhånd og opplysningene i sykepleiesammenfatningen. Til slutt i del to spurte vi om sykepleierne må bruke andre kilder for å få tilstrekkelig informasjon om pasienten, og i tilfelle hvilke. Svaralternativene der var pasienten, pårørende, epikrise eller annet. Tredje og siste del av spørreskjemaet inneholdt demografiske opplysninger om kjønn, alder og hvor lenge den enkelte har arbeidet som sykepleier. Her har vi delt ansiennitet inn i grupper; under 1 år, 1 til 3 år, 4 til 10 år, og over 10 år.

I spørreskjemaet er uttrykket «sykepleiedokumentasjon» benyttet. Det er to grunner til dette. Den ene er at dette uttrykket stemmer best overens med ordet brukt i originalspørreskjemaet. Den andre grunnen er at dette beskriver den dokumentasjonen som sykepleier skriver – i denne sammenheng i forbindelse med utskrivning av pasienter og overføring til sykehjem. I Sykehuset Innlandet i dag heter denne dokumentasjonen «sykepleiesammenfatning». For få år siden het den «sykepleierrapport». Sykehjemmene i distriktet mottar sannsynligvis pasienter fra sykehus utenfor Oppland fylke med andre typer datasystemer og med andre navn på sykepleiedokumentasjonen.

#### **4.5 Validitet**

I denne studien benyttet vi spørreskjema med selvrapporing. Validiteten til et instrument sier noe om i hvilken grad et instrument virkelig måler det det virkelig skal måle (Polit & Beck, 2012). For å styrke intern validitet ble det gjennomført en pilottest. Dette ble gjort for å se om spørreskjemaet fungerte ut i fra hensikten (pilotstudie). Det kom ingen kommentarer på at spørreskjemaet ikke fungerte. Det ble ikke gjort noen endringer på spørreskjemaet etter pilottesten. Ifølge Lund (2002) kan validitet dels inn i fire typer: statistisk validitet, indre

validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet/ekstern validitet (Lund, 2002). Validitet sier noe om overensstemmelse mellom en måling og hva den er ment å måle. Ved hjelp av spørsmålet «Måler vi det vi tror at vi måler?» - kan validitet innenfor kvantitative undersøkelser defineres (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Fordi skjemaet ikke var validert tidligere, annet enn gjennom tilsvarende studie, ble det vurdert av to fagpersoner innen statistikk og forskning for å se om skjemaet så ut til å måle det vi ønsket å måle. Face validity refererer til hvorvidt instrumentet ser ut til å måle det det skal måle (Polit & Beck, 2012). Instrumentet brukt i vår studie er utviklet etter kvalitetsindikatorer som er utviklet av Geriatric Task Force of the Society for Academic Emergency Medicine, som er «eksperter» innenfor fagområdet (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010).

Instrumentvalidering handler om å kontrollere at spørreskjemaet måler det det skal måle. Indre validitet viser til om resultatet i en studie ikke skyldes andre ytre faktorer det ikke kontrolleres for, men kan tillegges undersøkelsen. Ytre validitet, også kalt generalisering, sier noe om i hvilken grad resultatene fra en studie kan overføres fra det utvalget som er med i studien til en faktisk og teoretisk populasjon. I hvor stor grad er utvalget representativt for populasjonen? Sikker generalisering er i prinsippet ikke mulig annet enn til det tidspunkt undersøkelsen er foretatt på og til den populasjonen utvalget er trukket fra. Imidlertid er størrelsen på utvalget av betydning når det gjelder muligheten til å kunne generalisere, ettersom det er større sjans for ikke å representere populasjonen når utvalget er lite. Dette kan føre til utvalgsskjevhet (Drageset & Ellingsen, 2010).

#### **4.6 Reliabilitet**

Instrumentet er benyttet i en tilsvarende studie i USA (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Spørreskjemaet ble utviklet av en akuttmedisiner og en geriatrer som var opptatt av omsorg i sykehjem. Det opprinnelige spørreskjemaet ble vurdert og revidert av spesialister på feltet. -Hovedtemaene i spørreskjemaet ble laget med utgangspunkt i kvalitetsindikatorer utviklet av The Society for Academic Emergency Medicine (SAEM), Geriatric Task Force (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010; Terrell, et al., 2009). Spørreskjemaet ble i studien i USA sett på som pålitelig, da det ser ut til å måle det det skal måle. Reliabilitet blir ofte oversatt med pålitelighet, men i forskning viser dette til i hvilken grad data er fri for tilfeldige målingsfeil. Spørsmålet er om testen måler det den måler. Utvalget vårt var på 82 respondenter, og er sett på som et ganske lite utvalg, og kan være utsatt for at tilfeldige feil

påvirker resultatet. Jo mindre utvalg som er med i studien, jo større er sjansen for at tilfeldige feil påvirker resultatet av testen og dermed reliabiliteten (Lund, 2002). Kontakten med de forskjellige avdelinger, utdeling og innsamling av spørreskjema, samt purringer ble foretatt på lik måte på alle avdelingene. Også pilottesten ble gjennomført på samme måte. For å sikre indre validitet er reliabilitet en viktig faktor. God nøyaktighet i hvordan informasjonen samles inn er et tegn på reliabilitet (Polit & Beck, 2012). Samtlige spørreskjema ble lagt inn i SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versjon 19, 2010) i fellesskap, for å unngå tilfeldige feil ved registreringen (Jacobsen, 2010). Bearbeiding og analyse ble foretatt i samarbeid med en profesjonell statistiker med god kunnskap om SPSS. Når det gjelder hvilke data som brukes, den måten data samles inn på og hvordan data bearbeides hører dette under reliabilitet (Johannessen, Tuft, & Kristoffersen, 2010). I reliabilitet skal tre faktorer vurderes: Internal consistency (homogenitet/indre konsistens), Stability (stabilitet) og Equivalence (ekvivalens/overensstemmelse). Indre konsistens: For å vurdere indre konsistens er det Cronbach's alfa som er mest brukt som metode. Ved å bruke den er det mulig å finne ut i hvilken grad de samme egenskapene blir registrert i de ulike spørsmålene i spørreskjemaet (Drageset & Ellingsen, 2010). Stabilitet: For å vurdere stabiliteten i et instrument evalueres test-retest-målinger, det vil si samme instrument brukes på de samme menneskene to ganger, og så sammenlignes disse målingene. Dette gjøres ved å foreta en objektiv sammenligning ved å databehandle en reliabilitetskoeffisient. Korrelasjonskoeffisient er et verktøy som brukes for å beskrive størrelsesorden og retningen på sammenhengen mellom to variabler i kvantitative studier (Polit & Beck, 2012). Dersom testen resulterer i at to undersøkelser på samme utvalg stemmer overens, er stabiliteten god og det er høy reliabilitet (Drageset & Ellingsen, 2010). På grunn av utvalgets størrelse ( $n=82$ ) ble det benyttet T-test for å sammenlikne forskjellige grupper. T-test brukes når utvalgene er små, fordi risiko for at tendensen skyldes tilfeldig variasjon, da er større (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ekvivalens: Betydningen er å finne ut om det er samsvar mellom uavhengige datainnsamlinger ved bruk av samme spørreskjema om det samme til samme tid, og i hvilken grad er det samsvar (Drageset & Ellingsen, 2010).

## 5.0 Forskningsetikk

De forskningsetiske overveielserne som er gjort i studien, har vi knyttet opp mot etiske retningslinjer i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2009). Vi vurderte at studien ikke medførte noen risiko for deltakerne, og når det gjelder kvantitativt materiale, bør det i følge Hellevik (2011) som regel ikke være vanskelig å sikre deltakernes anonymitet. Det er ikke enkeltstående respondenter som har forskningsmessig interesse. Enkeltrespondenter er umulig å skille ut når resultatene er presentert i tabeller eller som statistiske mål (Hellevik, 2011).

Respondentene ble informert skriftlig og muntlig. Den muntlige og skriftlige informasjonen ble gjennomført etter avtale med avdelingssykepleier på de respektive sykehjemmene. Alle som deltok i studien fikk skriftlig informasjon som var laget etter mal fra Ullevål universitetssykehus (vedlegg 1). Telefonnummer og e-post-adresse til studentene var tilgjengelig, slik at respondentene enkelt kunne få kontakt hvis de ønsket dette.

Spørreskjemaene var anonyme. Materialet var ikke identifiserbart. Spørreskjemaene blir oppbevart på et sikkert sted til masteroppgaven er godkjent. Etterpå vil de bli makulert. Besvarelse av spørreskjemaet var frivillig, og besvart spørreskjema ble regnet som samtykke til å delta i studien. Studien ble godkjent av Høgskolen i Gjøvik. Studien ble meldt til, og godkjent av, Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 3). Alle søknader om tillatelser og anonymiseringer ble gjort ut i fra forskningsetiske betraktninger.

## 6.0 Dataanalyse

For å gjennomføre en systematisk organisering og presentasjon av tallmateriale benyttet vi det statistiske analyseprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versjon 19, 2010). Aritmetisk gjennomsnitt ble beregnet i analysen for å se på oppfatninger av sykepleiesammenfatningen og av kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem. I tillegg har vi sammenlignet grupper av sykepleiere i henhold til antall år de har arbeidet som sykepleiere, når det gjelder om de oppfatter sykepleiedokumentasjonen som et godt arbeidsredskap, og om den er viktig for hvordan de planlegger pleien for den enkelte pasient.

Vi beregnet gjennomsnittsverdien av svarfordelingen på likert-skalaen og disse er omtalt som gjennomsnittskår i resultatdelen. Sammenligningen av aldersgruppene fra 20 til og med 39 år, og fra 40 år og eldre, ansiennitetsgruppene fra 0 til og med 10 år, og over 10 år og regioner ble gjort ved hjelp av en Students- t-test. Standardfeil er brukt for å angi feilmarginen på målingene. Standardfeilen forteller hvor stor spredning det er i fordelingen av et utvalg, og standardfeilen blir lavere jo større utvalg det er. Jo høyere standardfeil, jo lavere signifikans. Korrelasjon (Pearsons produkt-moment korrelasjon ( $r_p$ )) er brukt for å se på sammenhengen mellom kategoriske variabler med en logisk retning (for eksempel aldersgrupper og skala spørsmål der 1 = helt uenig og 7 = helt enig). Begge er parametriske tester, altså tester med kjente parametere som er anbefalt ved små utvalg. En P-verdi på 0,05 eller mindre ble sett på som statistisk signifikant.

Ingen av spørreskjemaene ble forkastet. De var stort sett fullstendig utfylt, men noen få respondenter hadde hoppet over en enkelt avkrysning (for eksempel hadde en respondent ikke krysset av for «alder»).

## 7.0 Resultater

Det ble delt ut 170 spørreskjemaer, og det kom inn 82 svar ( $n=82$ ), en svarprosent på 48.

Av de som svarte på studien, var 98 prosent kvinner. 80 prosent av de som svarte var i alderen 30–59 år. Det var 44 prosent svar fra aldersgruppen 20 til 39 år, og 56 prosent fra aldersgruppen over 40 år. 51 prosent av de som svarte, hadde over ti års arbeidserfaring som sykepleier.

Tabell 1: På spørsmålet om hvor lett det er å finne aktuell informasjon i sykepleiedokumentasjonen, er det en gjennomsnittskår på 4 til 5. Under aktuell informasjon hører: nåværende diagnose, fysiske tilstand, informasjonen er lett å forstå, og informasjonen som trengs kan finnes i løpet av få minutter. Spørsmål om den mentale statusen til pasienter og allergier er lett å finne, gir lavere skår. Her er gjennomsnittskåren fra 3,6 til 4,0. Våre resultater viser at respondentene savner noe informasjon generelt sett, men samtidig angir de 5,6 i gjennomsnittskår – og 6 som mest brukte skår på om sykepleiesammenfatningen er et godt arbeidsredskap ved mottak av pasienter fra sykehus.

På utsagnet «de nåværende diagnosene til pasientene er enkle å identifisere» var det signifikant forskjell ( $t_{1,76}=-2.25$ ,  $p=0.027$ ), hvor de yngste (gjennomsnittskår: 4,4) syntes det var vanskeligere enn de eldre (gjennomsnittskår: 5,0) å identifisere den nåværende diagnosen til pasienten i sykepleiedokumentasjonen.

\*En korrelasjon (Pearsons produkt moment korrelasjon ( $r_p$ )) viser at det er en signifikant, positiv korrelasjon ( $P=0.05$ ,  $r_p= 0.222$ ,  $N=81$ ) mellom alder og utsagnet «jeg anser sykepleiedokumentasjon å være et godt arbeidsredskap ved mottak av pasienter fra sykehus». Det vil si at de med høyere alder gir høyere skår på påstanden enn de som er yngre.

Det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom de to regionene når det gjelder oppfattelsen av sykepleiesammenfatningen som arbeidsredskap og hvor lett det er å finne aktuelle opplysninger om pasienten. En Students t-test viste at det ikke var noen statistisk signifikant forskjell mellom regionene på noen av utsagnene ( $p=0.326-0.975$ ).

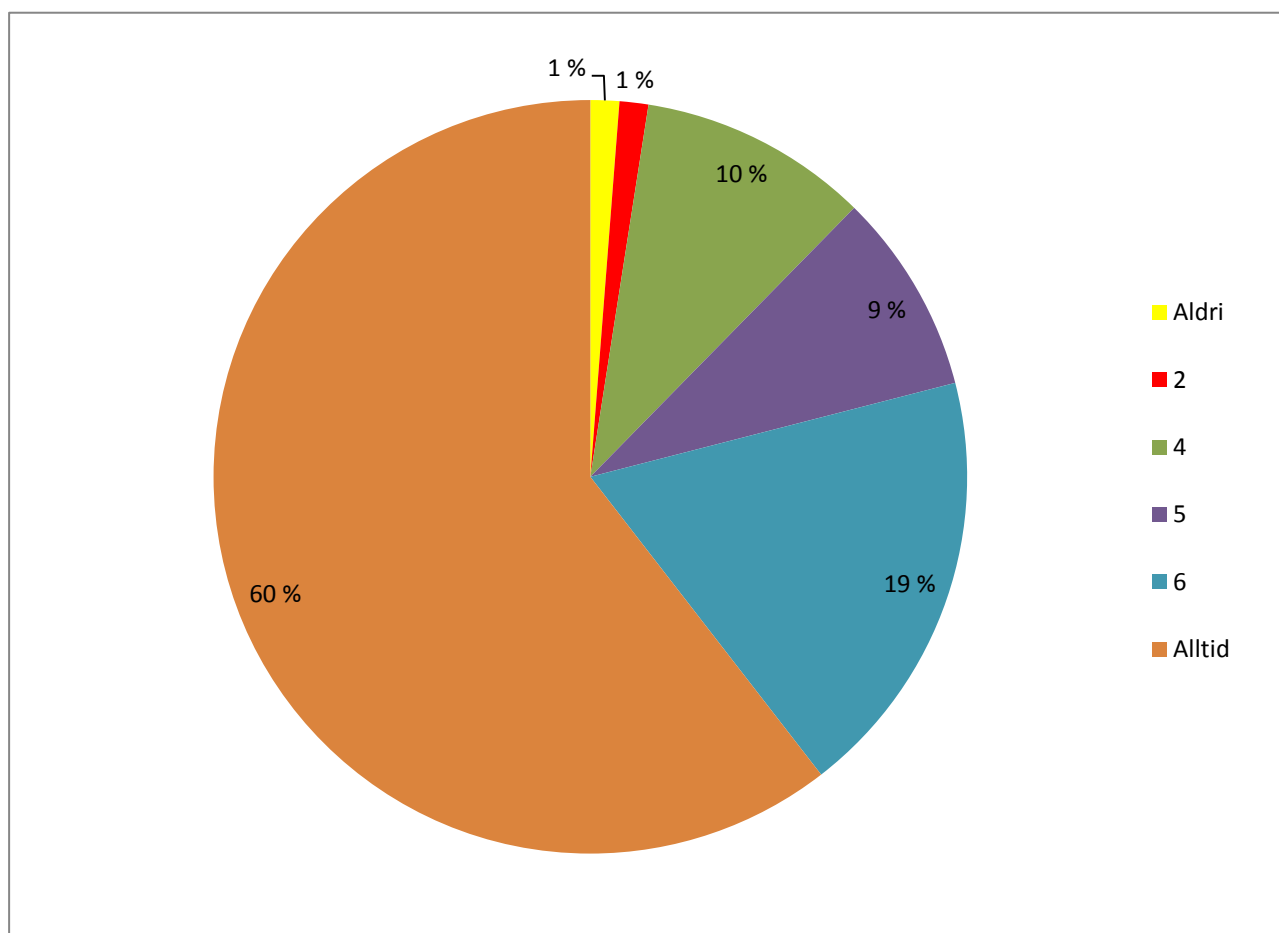
**Tabell 1: Hvor ofte er det lett for sykepleiere å finne nødvendig informasjon i sykepleiedokumentasjon som følger pasienten fra sykehus til sykehjem, på skala 1=helt uenig og 7= helt enig. Sammenlignet ansiennitet og aldersgrupper. -Gjennomsnittskår og standardfeil (SE). Totalt utvalg (n=82).**

Angi hvor ofte du opplever at dette skjer når en pasient blir overført fra sykehus til sykehjem	Alle gjennomsnitt skår (± SE)	Ansiennitet 0-10 år skår( ± SE)	Ansiennitet > 10 år skår (± SE)	Alder 20-39 år gjennomsnitt skår( ± SE)	Alder 40-69 år gjennomsnitt skår( ± SE)
(1=helt uenig, 7=helt enig):	n=82	n=40	n=41	n=35	n=45
Nåværende diagnose er enkel å identifisere	4.8(±0.127)	4.6(±0.178)	4.9(±0.160)	4.4(±0.189)	5.0(±0.170)
Fysiske tilstand er enkel å identifisere	4.7(±0.118)	4.7(±0.125)	4.7(±0.241)	4.6(±0.165)	4.9(±0.170)
Mental status er enkel å identifisere	3.8(±0.137)	3.8(±0.155)	3.8(±0.262)	3.6(±0.197)	3.9(±0.194)
Eventuelle allergier er enkle å finne	3.9(±0.156)	3.9(±0.196)	4.0(±0.262)	4.0(±0.237)	3.8(±0.213)
Kontaktinformasjonen (telefonnummer, adresse og avdeling) til sykehuset er enkel å finne	5,0(±0.153)	4.8(±0.199)	5.2(±0.238)	5.0(±0.207)	4.9(±0.223)
Informasjonen jeg mottar fra sykehuset er lett å forstå	5,0(±0.125)	4.9(±0.145)	5.0(±0.234)	4.8(±0.178)	5.1(±0.175)
Jeg kan finne informasjonen jeg trenger for å ta hand om pasienten i løpet av noen minutter.	4,4(±0.138)	4.2(±0.162)	4.5(±0.252)	4.1(±0.217)	4.5(±0.184)
*Jeg anser sykepleiedokumentasjonen for å være et godt arbeidsredskap ved mottak av pasienter fra sykehus	5.6(±0.131)	5.6(±0.164)	5.7(±0.218)	5.4(±0.216)	5.7(±0.166)



Det er stor overvekt av respondenter som alltid vil ha verbal kommunikasjon vedrørende pasientene de mottar fra sykehus, i tillegg til den skriftlige - se figur 1. Hele 60 prosent av respondentene ville at det alltid skulle være muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell på sitt nivå. Kun 2 prosent av respondentene mente at det aldri eller nesten aldri skulle være verbal kontakt. Gjennomsnittsskåren var på 6,2 på likert-skalaen der 7 er alltid verbal kommunikasjon.

**Figur 1: Sykepleiers oppfatning av hvor ofte det bør være muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell ved overflytting av pasienter fra sykehus til sykehjem**



Tabell 2: Sykepleiedokumentasjonen er angitt som viktig for planlegging av pleien av pasientene. Gjennomsnittskåren er på hele 6,5 – med 7 som mest benyttede skår. De fleste opplever at kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem er ganske god (gjennomsnittskår 4,5), med 5 som mest benyttede skår. Det var ingen signifikante forskjeller i svarfordeling mellom ansiennitetsgruppene ( $p=0.212-0.615$ ). \* Det er signifikant, positiv korrelasjon ( $r_p=0.225$ ,  $p=0.045$ ,  $n=80$ ) mellom alder og økende grad av enighet i at det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem i dette fylket. I aldersgruppen 20-39 år er gjennomsnittskåren 4,3, og de fra 40-69 har en gjennomsnittskår på 4,7 på om det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem.

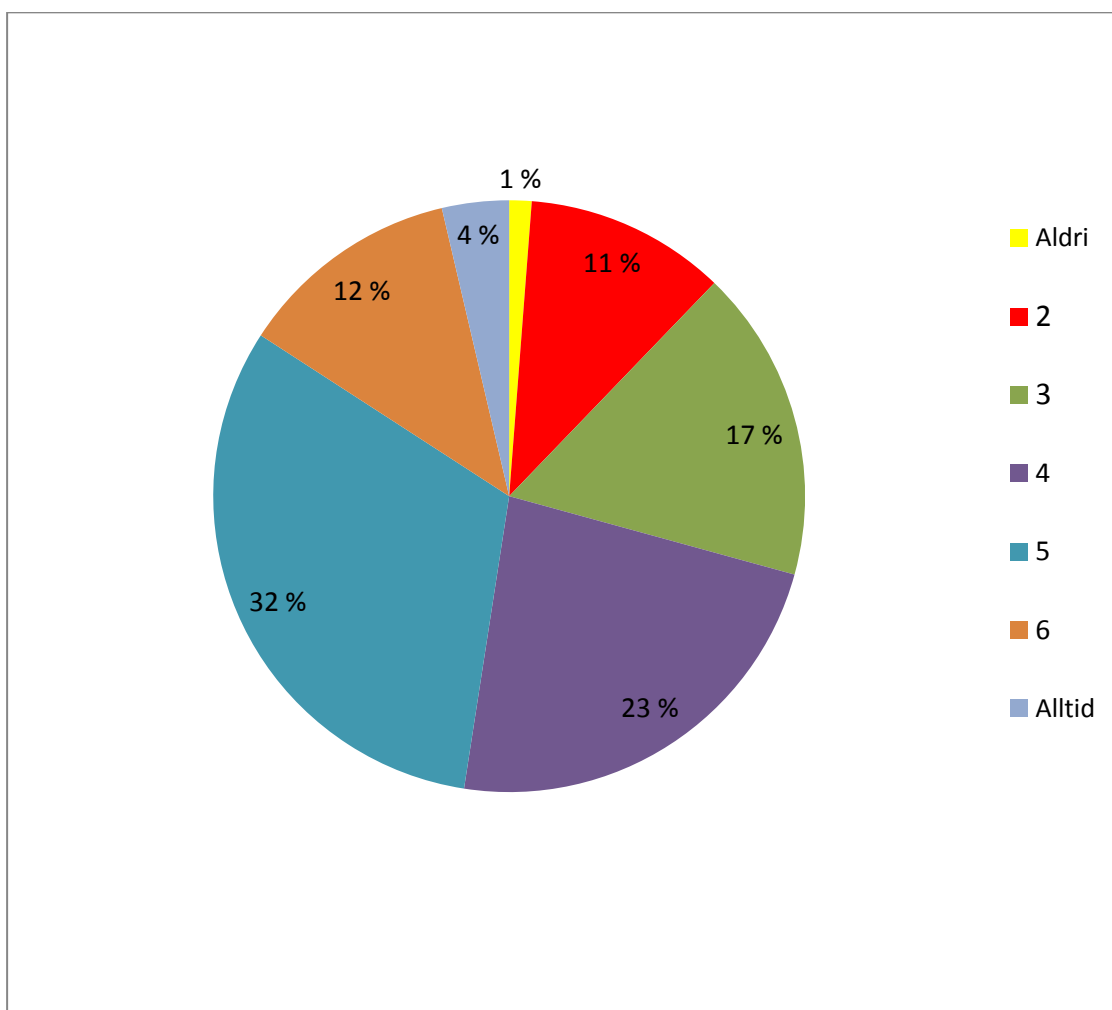
Respondentene er ganske enige i at viktig informasjon går tapt ved overføring av pasienter, gjennomsnittskår 4,1 totalt. Her er det liten forskjell på alders- og ansiennitetsgruppene. Respondentene fra region 2 (gjennomsnittskår 4,3) antyder at de er noe mer enige enn region 1 (gjennomsnittskår 4,0) i at de tror viktige opplysninger går tapt. Gjennomsnittskår på om opplysningene som blir gitt muntlig samsvarer med det som står i sykepleiesammenfatningen er på 4,5. -Det var signifikant forskjell mellom region 1 og region 2 når det gjelder samsvaret mellom muntlige og skriftlige opplysninger ( $t_{1,80}=3.81$ ,  $p=0.001$ ), hvor de som arbeider på sykehjem tilhørende region 1, er mer enige i at det er samsvar mellom opplysninger som gis over telefon og skriftlig sykepleiedokumentasjon (gjennomsnittskår 4,9), enn de sykepleierne som arbeider på sykehjem som tilhører region 2 (gjennomsnittskår 3,8).

**Tabell 2: Oppfatninger av sykepleiedokumentasjonen som følger pasienten fra sykehus til sykehjem, på skala 1=helt uenig og 7 helt enig. Sammenlignet de ansiennitet og aldersgrupper. Gjennomsnittskår) og standardfeil (SE). Totalt utvalg (n=82)**

Angi hvor ofte du opplever at dette skjer når en pasient blir overført fra sykehus til sykehjem	Alle gjennomsnitt skår (± SE)	Ansiennitet 0-10 år skår(±SE)	Ansiennitet > 10 år skår( ± SE)	Alder 20-39 år gjennomsnitt skår( ± SE)	Alder 40-69 år gjennomsnitt skår (± SE)
(1=aldri, 7=alltid):	n=82	n=40	n=41	n=35	n=45
Sykepleiedokumentasjonen er viktig for hvordan jeg planlegger pleien av pasienten	6.5(±0.092)	6.4(±0.111)	6.7(±0.164)	6.5(±0.155)	6.6(±0.117)
*Det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem i dette fylket	4.5(±0.131)	4.5(±0.150)	4.6(±0.247)	4.3(±0.178)	4.7(±0.193)
Viktig informasjon går tapt ved overføring av pasient fra sykehus til sykehjem	4.1(±0.144)	4.2(±0.189)	4.0(±0.215)	4.0(±0.194)	4.1(±0.210)
Det er alltid samsvar mellom sykepleie-dokumentasjonen og eventuelle opplysninger jeg tidligere har fått over telefon	4.5(±0.151)	4.7(±0.172)	4.5(±0.240)	4.6(±0.250)	4.5(±0.195)

Mesteparten av respondentene angir at de bruker andre kilder enn sykepleiesammenfatning ved mottak av pasienter. 85 prosent bruker epikrise, og 71 prosent får opplysninger fra pårørende. Mange oppgir at de bruker flere kilder utenom sykepleiesammenfatning (se figur 2). 1 prosent av respondentene svarer at de aldri må bruke andre kilder for å få nok opplysninger.

**Figur 2: Sykepleiers oppfatninger av hvor ofte de må bruke andre kilder for å få nok opplysninger om pasienten**



Sykepleierne oppga at de måtte bruke disse andre kildene:

Pasient: 57 prosent

Pårørende: 71 prosent

Epikrise: 85 prosent

## 8.0 Diskusjon

### 8.1 Metodediskusjon

Antallet informanter og svarprosenten, instrumenter og statistiske analyser gir grunn til noen refleksjoner i forhold til kvantitativ studie.

#### 8.1.1 Respondenter og responsrate

Denne studien inkluderte 170 sykepleiere som arbeidet på sykehjem i Oppland fylke i Norge. Totalt responderte 82 sykepleiere, en responsrate på 48 prosent. En slik svarprosent kan representere et potensielt problem, dersom man ønsker å generalisere resultatene fra populasjonens utvalg (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Svarprosenten i en studie skal i-følge litteraturen ideelt sett ligge på over 70 prosent (Nortvedt, 2007). Imidlertid ser man ofte fra lignende studier blant helsepersonell at svarprosenten er lav. I studien til Gillespie, L. J. Gleason, J. Karuza, & M. N. Shah, (2010) var responsraten 32,2 prosent. I-følge Johannessen er en svarprosent på 50 tilstrekkelig i en helsefaglig studie, og man er heldig hvis man får svar fra over halvparten av respondentene på første utsendelse av spørreskjemaer (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Det er sjelden at utvalgsundersøkelser får opp mot 80-90 prosent. Det er vanlig at bare 30-40 prosent av respondentene svarer, og en tommelfingerregel tilsier at mer enn 50 prosent er en bra svarprosent.

De første tallene vi fikk oppgitt angående hvor mange sykepleiere som arbeidet på de respektive stedene stemte ikke overens med det antall som i realiteten kunne være respondenter i spørreundersøkelsen. Jacobsen kaller dette teoretisk populasjon og reell populasjon (Jacobsen, 2010). Årsaken til dette var at mange av de ansatte sykepleierne arbeidet på avdelinger som ikke tok imot pasienter direkte fra sykehus. I ettertid ser vi verdien av å gjøre enda grundigere undersøkelse i forkant av spørreundersøkelsen. Det kunne spart oss for en del ekstraarbeid, i og med at vi var nødt til å inkludere flere sykehjem i studien på grunn av få respondenter etter første utsendelse av spørreskjema. På den annen side kan det være positivt for studien at vi fikk et bredere utvalg. Et viktig kriterium er å ha et representativt utvalg for populasjonen (Nortvedt, 2007). Vi kunne i første runde med fordel ha inkludert flere sykehjem sett i lys av at det er kjent at svarprosenten ofte er lav i spørreundersøkelser, særlig blant helsepersonell (Jacobsen, 2010). Vi purret inntil to ganger

på mail og på telefon. Dette er essensielt for å øke responsraten i tverrsnittstudier (Edwards et al., 2002; Nakash, Hutton, Jørstad-Stein, Gates, & Lamb, 2006). Fra noen avdelinger kom nesten ingen svar, mens andre fikk god uttelling på antall besvarte spørreskjema. I evalueringen av spørreundersøkelsen ser vi at personlig oppmøte fra oss kunne ha spilt en rolle for å etablere et mer personlig bånd til de som hadde ansvar for studien på de ulike sykehjemmene. Imidlertid er det en kjensgjerning at sykepleiere arbeider i turnus, og det er usikkert hvor mange vi kunne møte på hver enkelt plass i forhold til nytten av et slikt oppmøte, sett opp mot tiden som ville bli brukt. Dalland (2012) hevder at det er både fordeler og ulemper ved å ikke møte respondentene, enten personlig eller over telefon. En klar fordel er at det gir mulighet for absolutt anonymitet, respondenten kan svare i sitt eget tempo og det er lite arbeidskrevende. Ulempene er at det blir en krevende innsamling, og det må være et opplegg for purring. Det kan være vanskelig å få høy svarprosent, det er ikke mulig å kontrollere om rett person har fylt ut skjemaet og antall spørsmål må være relativt begrenset (Dalland, 2012). Skjemaet ble sendt ut i april – mai, og dessverre ble det sammenfallende med en streik som berørte sykepleiere på det ene sykehjemmet og sannsynligvis gjorde sitt til en svært lav responsrate. Dette er forhold som er vanskelig å kontrollere, men vi ser viktigheten av å sende ut spørreskjemaer på tider der personalet ikke har ferie, ved høytider og lignende.

Det kan være mange årsaker til liten respons på spørreundersøkelser. En del bortfall kan selvfølgelig skyldes at folk ikke KAN delta (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). For eksempel på grunn av ferie, sykdom eller annet, og ved noen av sykehjemmene ble det uttrykt at deler av sykepleierne hadde ferie i perioden spørreundersøkelsen ble gjennomført. Dette på tross av at det ikke var direkte «ferietid». En annen grunn kan være at sykepleiere ikke VIL delta. Det blir ansett som en viktig grunn til nedgang i svarprosentene at det de siste årene har vært så mange spørreundersøkelser at folk går lei og ikke ønsker å delta (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010; Martinussen & Arai, 2010). Det kan også være at noen rett og slett ikke er interessert i emnet.

Spørreskjemaet i studien var på tre sider. På forsiden var det bilde og tittel. Størrelsen var A4 og kvaliteten på papiret var av normal type. De ulike temaene var delt inn i avsnitt. I den hensikt å øke responsraten på spørreundersøkelsen er det en fordel at den ser innbydende ut og at papiret er av god kvalitet (Dörnyei & Taguchi, 2010; Edwards, et al., 2002). Noen forskere mener at å dele inn de ulike avsnittene i forskjellige farger er med på å øke

oppmerksomheten til respondenten. Det hevdes også at å unngå svart og blå skrift kan heve responsraten (Edwards, et al., 2002).

Bruk av incentiver for å heve responsraten er omdiskutert. I noen studier hevdes dette å øke responsraten, spesielt hvis det ikke var avhengig om respondentene svarte på spørreundersøkelsen, eller ikke. I andre studier hadde dette ingen effekt (Baruch, 1999; Edwards, et al., 2002; Nakash, Hutton, Jørstad-Stein, Gates, & Lamb, 2006; VanGeest, Johnson, & Welch, 2007). Å gjøre bruk av incentiver kan bli kostbart hvis du har en stor studie uten finansiell støtte og for oss var dette ikke aktuelt. I og med at studien var anonym kunne vi heller ikke ha loddtrekning blant de som svarte. Det vi kunne gjort var å lage en slags premiering av det sykehjemmet som hadde størst svarprosent. I etterkant ser vi at vi kunne gjort en bedre jobb med å høyne svarprosenten på studien ved å vurdere alle disse nevnte faktorene.

### 8.1.2 Utvalg

For å heve reliabiliteten i studien vår gjorde vi et stratifisert utvalg av populasjonen. Det er alltid en viss fare for seleksjonsbias, spesielt i små studier (Jacobsen, 2010). Er populasjonen som er undersøkt representativ for gruppen som skal undersøkes? Sjansen er stor for at de som svarer på studien er de som interessert i temaet. De som ikke interesserer seg for sykepleiedokumentasjon, som synes det er kjedelig, eller har liten forståelse for bruken av sykepleiedokumentasjon, er muligens også de som ikke returnerer spørreskjemaet. Dette er ifølge Alreck and Settle (1985) årsaken til at noen grupper alltid er overrepresentert og andre underrepresentert i spørreundersøkelser, Alreck and Settle (1985) i (Goldberg, 2003).

Utvalgsvariasjonen vil være avhengig av den underliggende variasjonen i det fenomenet en undersøker. Jo mindre utvalget er, desto større er faren for at det ikke speiler den underliggende populasjonen. Et lite utvalg tilsvarer liten mengde informasjon. Vårt utvalg var 82 respondenter, noe som kan regnes som et lite utvalg, men i-følge litteraturen tilstrekkelig til å gjøre kvantitative analyser. Faren for å gjøre både type 1-feil og type 2-feil øker imidlertid med små utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004). Type 1-feil tilsier at det er en statistisk signifikant forskjell, og null-hypotesen forkastes, altså er det riktig at alder har innvirkning på forståelsen av og holdningen til sykepleiedokumentasjon. Imidlertid er det satt et

signifikansnivå til 95 prosent sikkerhet, og det vil da være en 5 prosent sjanse for at det er et tilfeldig funn. Type 2 feil tilsier at man beholder nullhypotesen selv om den er gal, fordi man tror signifikante forskjeller er tilfeldige, grunnet at signifikansnivået er for strengt (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Våre resultater viser at av de som svarte på studien, var 98 prosent kvinner. 80 prosent av de som svarte, var i alderen 30–59 år. 13 prosent av respondentene var under 30 år og 8 prosent var over 60. Dette tallet stemmer godt overens med landsdekkende tall fra Norsk Sykepleieforbund/ -SSB. I 2008 var 79,6 prosent av sykepleiere som arbeidet i kommunehelsetjenesten mellom 30–59 år. Kun 12,7 prosent var yngre enn 30 år og 7,7 prosent var eldre enn 60 år (Helsedirektoratet, 2009). Vi må ta i betraktning at tallene her er hentet fra 2008, men det er naturlig å anta at fordelingen kan være tilsvarende eller noe høyere i dag. Dette styrker studiens reliabilitet i forhold til antakelsen om at respondentene er tilnærmet normalfordelt sett i henhold til alder. I analysen av innsamlede data valgte vi å dele inn i to grupper, over og under 40 år fordi det da ble en relativt lik fordeling av respondenter i gruppene, 50 prosent over 40 år og 42 prosent i gruppen fra 20 – 39 år. 50 prosent av respondentene i studien har over ti års ansiennitet. I analysen av dataene valgte vi også å dele inn gruppene i over og under ti år. To av respondentene hadde arbeidet mindre enn ett år, og fem hadde arbeidet i mellom ett og tre år. Tar vi utgangspunkt i litteraturen er det ingen «sikre bevis» for at respondentene er representative for den totale populasjonen. Uansett kan resultatene bare generaliseres på det tidspunkt undersøkelsen er foretatt, og til den populasjonen utvalget er trukket fra (Jacobsen, 2005).

En bortfallsanalyse kunne styrket studien vår, men det er vanskelig i en studie der spørreskjemaet leveres anonymt. Det vi kunne undersøkt var generelle demografiske data om sykepleiepopulasjonen i Oppland og sammenlignet dette med respondentene i vår studie. I følge Grønmo (2004) er ikke resultatene generaliserbare i undersøkelser med stort frafall og ingen frafallsanalyse. Etter de kriterier som finnes i forhold til generalisering, må en vise forsiktighet i å generalisere funnene i denne studien til større grupper (Grønmo, 2004).

### 8.1.3 Instrumentdiskusjon

Instrumentet som er brukt i denne studien, er hentet fra en tilsvarende studie i USA som handler om overflytting av pasienter fra ED (Emergency Department) til NH (Nursing home).



Instrumentet ble oversatt til norsk av fagpersoner innen medisin og av oversetter. Versjonene ble sammenlignet og eventuelle ulikheter ble diskutert. Trinnene i WHO's Process of translation and adaptation of instruments ble fulgt, rent bortsett fra trinnet back translation. Dette ble ikke gjort på grunn av mangel på tid og vi ser i etterkant at dette kunne styrket validiteten til instrumentet. Norsk sykepleiedokumentasjon er basert på et system av sykepleiediagnoser og dokumentasjon som stammer fra USA (Dochterman, Bulechek, & Mølstad, 2006; Moorhead, Johnson, Maas, Mølstad, & Thorsen, 2007). Instrumentet er ikke validert i andre studier. Validiteten styrkes likevel ved at svarene i vår studie er relativt lik svarene i Gillespie-studien (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). I tillegg har instrumentet face validitet, det ser ut til å måle det det skal måle (Polit & Beck, 2012). Dette fikk vi også bekreftet i forundersøkelsen vi gjennomførte. Spørsmålene i spørreskjemaet er i påstandsform, hvor respondenten skal svare hvor uenig eller enig vedkommende er. Dette er i tråd med anbefalingene fra Sander (2004). I ettertid ser vi at vi kanskje kunne ha definert skalaen ved å skrive «verken eller» på midtpunktet. Imidlertid fikk vi ikke noe tilbakemelding på at dette var et problem etter forstudien. Mange av spørsmålene slutter med «er enkel å identifisere», eller «er lett å forstå» - noe som er en positiv påstand. Det er bare én av påstandene som er negativ: «Viktig informasjon går tapt i overføring av pasient mellom sykehus og sykehjem». Det er dermed ingen lik fordeling mellom positive og negative påstander, slik det er anbefalt (Sander, 2004).

En vanlig trussel mot selvadministrerende spørreskjema er samtykkebias (acquiescence bias). Dette referer til tendensen til å være enige i påstander når respondentene er usikre eller ambivalente. De har en motvilje til å svare negativt på påstander og vil være enige i positivt formulerte påstander. Dette kan være med å gi et skjevt bilde av svarene i undersøkelsen (Dörnyei & Taguchi, 2010).

Pilotstudien ble gjennomført på samme måte som resten av studien. Det er en fordel om en forstudie gjennomføres med mest mulig likt innsamlingsopplegg som i hovedundersøkelsen (Dalland, 2012). Instrumentet var kort og etter vår mening lett å forstå. Dette er ifølge Dörnyei & Taguchi (2010) en fordel for å unngå fatigue-effekt (Dörnyei & Taguchi, 2010). Fatigue effekt vil si at respondenten svarer unøyaktig og umotivert på spørsmålene eller påstandene i spørreskjemaet på grunn av kjedsomhet eller trøtthet. Lange spørreskjemaer kan dermed virke mot sin hensikt. Det er en fordel at spørreskjemaer er fra fire til seks sider lange

og at det ikke tar mer enn en halv time å gjennomføre undersøkelsen (Dörnyei & Taguchi, 2010). Vårt spørreskjema besto av tre sider. Ulempen ved at spørreskjemaet er for kort, kan være at du ikke får svar på alt du ønsker å få svar på. Resultatene våre gir indikasjon på at spørreskjemaet hadde tilstrekkelig lengde og antall spørsmål.

#### 8.1.4 Valg av statistiske analyser

Likert-skalaen høster ofte kritikk fra forskerhold fordi det er en ordinal skala som blir brukt i parametriske tester (Norman, 2010). Dette er også gjort i denne studien hvor vi har brukt student – t test og Pearson korrelasjon i analysen av materialet. Norman (2010) fremhever i sin artikkel at både t-tester og Pearson er robuste tester som ikke påvirkes i særlig grad av verken ikke normal distribusjon eller små utvalg, og at likert-skala kan brukes i parametriske tester uten å være redd for å trekke feil konklusjoner. Polit og Beck (2012) hevder at Pearson korrelasjon ( $r$ ) er den mest brukte korrelasjonsindeksen, og at den beregnes med variabler målt på en intervall eller forholds-skala. Korrelasjonskoeffisienten oppsummerer deskriptivt størrelsen og retningen av en relasjon mellom to variabler. I denne studien er det gjort en sammenlikning i forhold til alder og økende grad av enighet i en påstand. Graden av enighet er tallfestet i likert-skalaen. Når det finnes nøyaktige verdier på to intervallvariabler kan korrelasjonskoeffisienten  $r$  beregnes (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Student t-test er benyttet for å analysere forskjellene mellom grupper i vår studie. Valget falt på denne testen, etter å ha lest anbefalinger i litteratur, samt råd fra statistiker og veileder. T-test er en parametrisk test for å analysere forskjellen mellom to gjennomsnitt. Den sammenlikner gjennomsnittsverdier av en enkelt gruppe til en hypotetisk verdi (Polit & Beck, 2012). I vår studie er utvalget ganske lite, og den tilfeldige variasjonen er dermed større. Z-testen er ikke «streng nok» for små utvalg, og vi har derfor brukt en student t-test. Der teststørrelsen sammenliknes med t-fordelingen, og ikke med normalfordelingen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Etter fullføring av studien ser det ut til at vi kunne ha benyttet flere av testene, og at utvalget er stort nok til å kunne benytte en z-test ( $> 30$  i hvert utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004)).

I spørreskjemaet er det benyttet en likert-skala. Slike skalaer blir ofte benyttet når hensikten er å måle holdninger. Fem til sju punkts skala er den mest brukte skalaen og anbefalt for å få stor nok variasjon i skårene. Likert-skalaen er en ordinal skala og med bakgrunn i dette bør det

brukes non parametriske metoder i analysen av datamaterialet (Norman, 2010). Å teste data fra ordinal skala kun ved ikke-parametriske tester er det argumenter for og i mot. Om data blir behandlet som intervalldata og bruk av parametriske metoder vil gi lavere styrke er det også tvil om (Knapp, 1990). Winter & Dodou (2010) har testet fem-punkts likert-skala for type I og type II feil med t-test (parametrisk test) og Mann-Whitney-Wilcoxon (ikke parametrisk test). Testene ga ganske lik effekt, men t-testen hadde en større styrke ved et mindre utvalg. Konklusjonen i denne undersøkelsen var at de to testene generelt har lik styrke for fem-punkts likert-skala (Winter & Dodou, 2010).

## 8.2 Resultatdiskusjon

Denne studien kan bidra til å sette søkelys på sykepleiernes samhandling og kommunikasjon ved overflytning av pasienter fra sykehus til sykehjem. Hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem, og om sykepleiesammenfatningen er et godt nok redskap for sykepleiere i sykehjem til at de føler seg trygg på at pasientopplysningene som er dokumentert speiler pasienten sine problemer og ressurser. Resultatene viser at sykepleiesammenfatningen oppfattes som et godt redskap ved mottak av pasienter fra sykehus. De fleste synes det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem, men viser til at det er noen mangler. Over halvparten av respondentene vil alltid ha muntlig kommunikasjon i tillegg til den skriftlige dokumentasjonen. Mange er usikre på om viktige opplysninger går tapt underveis i overflytningen. Beskrivelser av mental status og informasjon om allergier, er nevnt som områder der det mangler dokumentasjon.

I de neste delene av oppgaven vil vi diskutere hvordan sykepleiere på sykehjem oppfatter sykepleiesammenfatningen og hva som kan påvirke denne oppfattelsen. I tillegg vil vi diskutere hva som påvirker kommunikasjonen mellom helsepersonell.

### 8.2.1 Et godt redskap?

Sykepleiesammenfatningen ble av sykepleierne som deltok i studien, ansett som et godt arbeidsredskap og mange mener at det var relativt lett å finne nødvendig informasjon. Høyest skår fikk påstanden om at «sykepleiesammenfatningen er viktig for hvordan jeg planlegger pleien til pasienten». Det ser ikke ut til at det er noen forskjell på hvilken region i Oppland sykepleierne tilhører, når det gjelder oppfattelsen av sykepleiesammenfatningen som

arbeidsredskap og hvor lett det er å finne aktuelle opplysninger om pasienten. Alle respondentene tilhører Oppland fylke, og sykehusene i denne regionen bruker samme dokumentasjonssystem. Dette samsvarer med funn i en tidligere studie gjort i Norge der hensikten var å undersøke hvor hyppig viktig medisinsk informasjon manglet ved overflytting av pasienter til sykehjem, og om det var forskjell fra hvor pasienten kom fra (primær- og sekundærhelsetjenesten). Der ble det konkludert med at sykepleiedokumentasjonen ofte var mer informativ, hyppigere medsendt og hadde en klarere struktur enn epikrisen. Epikrisen var dårlig utfylt eller manglet i mange tilfeller. Dette var en liten studie gjort av sykehjemsleger. Sykehjemslegene måtte i mange tilfeller støtte seg til sykepleiedokumentasjonen for å få nok opplysninger om pasienten som ble overflyttet (Bollig, Esther, & Landro, 2010).

Kvalitetsdokumentasjon er nevnt som essensielt for å gi god pasientomsorg i overføringsprosesser. Klar og presis kommunikasjon er sentralt for å kunne gi pasienten høykvalitets omsorg og bør være en gullstandard i overføringer (O'Connell & Penney, 2001). Ifølge NSF er god dokumentasjon et virkemiddel for å oppnå faglig forsvarlig sykepleie som kan etterprøves (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Fiskum (2009) rapporterte i sin studie innenfor dokumentasjon at flere sykepleiere mente sykepleiedokumentasjon var et godt verktøy, og brukte den til oppdateringer om pasientens status og behov for sykepleie, men at det var behov for forbedringer (Fiskum, 2009). Disse funnene står i kontrast til mye forskning som tidligere er gjort på sykepleiedokumentasjon. Et flertall av de studier som er gjennomført viser til at det er dårlig kvalitet på sykepleiedokumentasjonen (Carlsson, Ehnfors, Eldh, & Ehrenberg, 2012; Cheevakasemsook, Chapman, Francis, & Davies, 2006; Dahl, 2001, 2002; Egerod, 2000; Hellesø & Fagermoen, 2010; Hellesø, 2006; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005; Hyde et al., 2005).

Sykepleiesammenfatningen ble i vår studie på den ene siden vurdert til å være å være et godt arbeidsredskap, men på den andre siden er respondentene usikre på om det går tapt viktige opplysninger ved overflytting av pasienten. Hele 39 prosent er verken enig eller uenig i påstanden, og 35 prosent mener at det er sannsynlig at viktig informasjon går tapt. I studien til Gillespie et al. (2010) følte tilsvarende 65 prosent at viktig informasjon gikk tapt ved overføring av pasienter. Flere tidligere studier framhever at nøyaktig dokumentasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell er essensielt for å sikre kontinuitet i pleien og trygghet i pasientbehandlingen (Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates, 2003). En kasusstudie gjort

i Norge kan gi en mulig forklaring på hvorfor sykepleiere er usikre på viktig informasjon går tapt. I denne studien angir sykepleiere på sykehus at det er vanskelig å skrive nøyaktige og fullstendige sykepleiesammenfatninger, fordi det er mangler i journalføringen av den enkelte pasient på sykehuset (Naustdal, 2012). Kripalani et al. (2007) rapporterer hvordan forsinket eller unøyaktig kommunikasjon kan medføre uønskede hendelser, og at dette er en vanlig komplikasjon (Kripalani, et al., 2007). Respondentene som var yngre enn 40 år-, og de med ansiennitet under 10 år var mer enig i at viktig informasjon går tapt ved overføring av pasienter, enn de som er eldre enn 40 år og de med ansiennitet over 10 år.

I en studie gjennomført i Sverige var sykepleierne negative til egen og andre sykepleieres dokumentasjon. Sykepleierne sa at sykepleie-diagnoser, mål og epikriser sjelden ble dokumentert. Mangelen på en standardisert modell for sykepleiedokumentasjon ble ansett som den største hindringen, etterfulgt av mangel på tid og mangel på kunnskap. De fleste av sykepleierne mente at pasientjournaler som tydelig inkluderte alle deler av sykepleieprosessen ville fremme pasientbehandling. (Törnkvist, Gardulf, & Strender, 1997). Fiskum (2009) fant i sin studie at dokumentasjonen fungerte i liten grad som et godt arbeidsredskap for planlegging av pleien til pasienten og at dette kunne ha bakgrunn i ulike oppfatninger om hva som var relevant å skrive om, og ikke. For å beskrive og vurdere nøyaktigheten i sykepleiedokumentasjonen ble det i en studie sammenlignet journal med fysisk undersøkelse av pasienter med liggesår: Det ble i studien konkludert med at 14,3 prosent av liggesårene var dokumentert i journal mot faktiske 33,3 prosent som hadde liggesår ved fysisk undersøkelse. I studien var det gjennomgående at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen av liggesår var dårlig (Gunningberg & Ehrenberg, 2004).

Kvaliteten på sykepleiedokumentasjon har vært studert av mange forskere. Standardiserte dokumentsystemer blir av flere nevnt som en faktor til bedre sykepleiedokumentasjon (Boockvar, Fridman, & Marturano, 2005; Muller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, & van Achterberg, 2007). Innføring av EPJ med til hørende systemer (NIC, NOC og NANDA) har økt fokuset på standardisering. Disse systemene skal være med på å lage «kulturfri» pasientinformasjon designet for å informere kolleger (Helleso & Fagermoen, 2010). Da EPJ ble innført i Norge, var et av argumentene at det skulle føre til et mer helhetlig pasientforløp. I en studie der dokumentasjonen ble vurdert i sammenheng med at VIPS, en modell for standardisert sykepleiedokumentasjon, ble innført så de en heving i kvaliteten på sykepleie-

dokumentasjonen. Tilsvarende funn ble gjort i studien til Reine (2009) som kartla endringer i dokumentasjonen med hensyn til nøyaktighet, fullstendighet og innhold etter innføring av elektronisk anestesijournal. De sammenlignet manuell dokumentasjon og elektronisk dokumentasjon og fant at den elektroniske dokumentasjonen var av bedre kvalitet enn den manuelle. Studien avdekket imidlertid at det også er mangler ved den elektroniske standardiserte dokumentasjonen (Reine, 2009). Naustdal rapporterte i sin studie at til tross for bruk av standardiserte dokumenter og EPJ på sykehus og i kommunehelsetjenesten var sykepleierrapportene preget av ustrukturerte fortellinger i kronologisk rekkefølge (Naustdal, 2012). Rykkje et al rapporterte en tendens til mindre dokumentering etter innføring av VIPS og EPJ (Rykkje, Brattestad, & Hansen, 2007). Helse- og sosialdepartementet så for seg gjenbruk av informasjon om pasienten på ulike steder i helsevesenet. En forutsetning for denne forståelsen av helhet er at informasjonen fra én kontekst betyr det samme i en annen. Ergo, informasjonen betyr det samme uavhengig av kontekst (Blix, 2005; Mitchell, 1980; Norsk Sykepleierforbund, 2007). Hardiker et al (2000) stiller seg imidlertid tvilende til at alt sykepleiere har behov for å dokumentere kan få plass i et klassifikasjonssystem (Hardiker, Hoy, & Casey, 2000). Andre kritisk røster hevder at det kan stilles spørsmål ved om klassifikasjonssystemene har den nødvendige bredde og dybde for å fange opp alle pasientens problemer. En konsekvens av disse faktorene kan være at alle pasientene får lik pleieplan, der det generelle er synlig mens det individuelle ikke kommer fram (Varsi & Ruland, 2009). Nøst (2010) stiller spørsmål om hva i språket som kan standardiseres, og hva som kan dokumenteres i pasientens fortelling med et standardisert språk (Nøst 2010).

### 8.2.2 Mangler i dokumentasjonen

Dokumentasjon av mental status og allergier er de områdene som skårer lavest i studien, noe som kan gi en indikasjon på at slik informasjon ofte mangler i sykepleiesammenfatningen. Dette samsvarer med funn i andre studier (Boockvar, Fridman, & Marturano, 2005; Brown, et al., 2006). Olsen et al. (2012) rapporterer også at mental status var blant de områdene i sykepleiesammenfatningen som var mangelfulle. Imidlertid fant de i sin studie at dokumentasjonen av mental status økte med pasientens alder. Boockvar, Fridman, & Marturano (2005) støtter dette i sin studie, der de fant ut at 31 prosent av overflyttingsdokumentene manglet beskrivelser av mental status og at 67 prosent av de som ikke hadde fått beskrevet mental status var demente (Boockvar, Fridman, & Marturano,

2005). Gillespie et al. (2010) rapporterer lav gjennomsnittsskår på mental status (3.7), men ikke tilsvarende på allergier sin studie (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010).

I flere studier stilles det spørsmål om sykepleien mangler begreper til å dokumentere pasientens mentale tilstand (Boockvar, Fridman, & Marturano, 2005; Milisen et al., 2002). Også i andre studier er det kommet fram det er mangel på kunnskap både i forhold til hvordan psykososiale problemer skal dokumenteres og at sykepleierne har problemer med å håndtere slike situasjoner i mangel av kunnskap om det (Varsi & Ruland, 2009). På annen side viser Griffith (1998) til at selv om ikke psykososiale forhold blir dokumentert er det ikke dermed sagt at sykepleierne ikke håndterer og diskuterer slike forhold. Hun viser til sykepleiernes muntlige tradisjon, og mener at slike forhold blir diskutert i den muntlige rapporten. Muntlig språk under informasjonsutveksling i rapportsituasjoner, fører lett til at relevante og nødvendige data sykepleierne synes det er vanskelig å beskrive skriftlig, kun overleveres muntlig. At det ikke er beskrevet i rapporten betyr ikke at pasienten ikke har fått den hjelpen han trengte. Hun mener at det ikke trenger å være samsvar mellom gitt sykepleie og dokumentert sykepleie (Griffiths, 1998). Andre mener at mangelfullt dokumentert mental status og psykososiale forhold kan føre til at pasienten ikke får dekket sitt omsorgsbehov, og at det dermed kan påvirke pasientens helse (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Når det gjelder mangelfull dokumentasjon av allergier støttes det av funn i studien til Brown et al. (2006). De undersøkte dokumentasjonen til 243 pasienter som var henvist til hjemmesykepleien av ulike instanser. I studien sammenlignet de pasientjournalen med dokumentasjonen som pasienten hadde fått med seg hjem. Informasjon om medisin og allergier manglet i 34,9 prosent av tilfellene. I 73 prosent av tilfellene ble det ikke informert om kognitiv svikt hos pasienter med betydelige kognitive vansker, i tillegg ble det kun informert om 2 tilfeller av alvorlig depresjon av 35 totalt tilfeller (Brown, et al., 2006).

### 8.2.3 Faktorer som påvirker forståelsen av sykepleiesammenfatningen

De yngste respondentene i studien oppga i større grad enn de eldste at det var vanskelig å identifisere den nåværende diagnosen til pasienten i sykepleiedokumentasjonen. Denne forskjellen var statistisk signifikant. Dette tyder på at det kan være en sammenheng mellom alder og oppfattelsen av om diagnosen beskrevet i sykepleiedokumentasjonen er enkel å identifisere. 69 prosent av sykepleierne over 40 år enige i påstanden. Av de under førti år var 51 prosent enige i det samme. Det ble ikke funnet tilsvarende forskjeller mellom kort og lang

ansiennitet. Det vi ser, er imidlertid at flere av de som hadde over ti års ansiennitet svarte at de var helt enige i at det var lett å finne diagnosen til pasienten i sykepleiedokumentasjonen. Gjennomgående var de med lengst ansiennitet og høyest alder mest enig i utsagn som angikk hvor lett det var å finne ulike opplysninger i sykepleiedokumentasjonen. Dette var en tendens som ikke gav noen statistisk signifikante verdier. Halvparten av sykepleierne som deltok i studien hadde over ti års ansiennitet.

Ifølge Oddgeir Synnes ved Oslo diakonale høyskole, er det ting som tyder på at evnen til å skille mellom uviktig og viktig informasjon øker med alderen. Ofte har eldre større evner til å se helheten, og til å sile ut unyttig informasjon enn hva yngre har (Synnes, 2012). I Wangensteen et al. (2010) rapporteres det at nyutdannede sykepleiere over 30 år skårer høyere på «Critical thinking dispositions» enn yngre nyutdannede sykepleiere (Wangensteen, Johansson, Bjorkstrom, & Nordstrom, 2010). Tilsvarende funn ble videre gjort av Facione and Facione (1997) og Tiwari et al (2003) vist i Wangensteen (2010). Det er videre kjent at sykepleiere som har en tydelig sykepleiefaglig identitet og som etter fokus på sykepleie som en selvstendig fagutøvelse, ofte har lettere for å identifisere og dokumentere hva som kan være relevante og nødvendige data (Fiskum, 2009). Tidligere studier viser at kunnskap må til for å bruke og forstå sykepleiedokumentasjon. Ifølge Egerod og Poulsen (2000) viste det seg i en amerikansk studie at pleieplaner ikke hadde effekt på pleien til pasienten, og at sykepleiere med ulik kompetanse tolket pasientsituasjoner ulikt (Egerod, 2000). Det må vurderes om redskapet vi benytter i sykepleiedokumentasjonen, er godt nok, om det finnes alternativer, og hvordan vi kan standardisere sykepleiedokumentasjonen, slik at sykepleiere med ulikt kompetansenivå forstår det som er dokumentert på samme måte. Hva som skal forstås som relevante og nødvendige data å nedtegne i en pasientjournal er ingen konstant størrelse. En slik vurdering må kontinuerlig sees i en sammenheng mellom pasientens situasjon, helsehjelpen som skal ytes og helsearbeiderens kvalifikasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2007). En utfordring i forhold til EPJ er at innholdet i sykepleiedokumentasjon er nedtegnet for et bestemt formål, kan gjenbrukes i en annen situasjon og få et annet meningsinnhold (Anne Moen, Hellesø, Berge, Mølsted, & Quivey, 2008).

#### 8.2.4 Kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem

Over halvparten av respondentene synes det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem. I Commonwelt Fund undersøkelsen i 2011 svarte 37 prosent positivt på at det var



god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem, mens 34 prosent var verken enig eller uenig (Kunnskapssenteret, 2011). Dette står i kontrast til funn i studien «Health care providers opinions on Communications between ED and NH» (2010). I studien fra USA var det bare 19 prosent som svarte at det var god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Kommunikasjonssvikt er beskrevet som en av de viktigste årsakene til utilsiktet pasientskade (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). Kommunikasjonen mellom helsepersonell er rapportert som et problem i overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem (Dinescu, Fernandez, Ross, & Karani, 2011; Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates, 2003; Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Sykepleiere skriver sammenfatning av den helsehjelp som sykepleier har ansvar for, med tanke på anvendbarhet for den som skal følge opp pasienten etter utskrivelse (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Innhenting og utveksling av informasjon i løpet av en pasients sykehusopphold er en vedvarende prosess som starter ved pasientens innleggelse i sykehus (Norsk Sykepleierforbund, 2007). 48 prosent av respondentene i studien sier at de alltid bruker flere informasjonskilder. De aller fleste bruker både pårørende, legeskriv og pasienten selv for å få tilstrekkelig informasjon om pasienten. For å få informasjon om medisiner til pasienten er en avhengig av legeskrivet, da dette vanligvis ikke er inkludert i sykepleiesammenfatningen. Av de som svarte at de brukte andre kilder, er det flest respondenter som viser til epikrise (85 prosent) – uavhengig av alder, ansiennitet og regiontilhørighet. Deretter følger pårørende (71 prosent) og pasienten (57 prosent). 21 prosent anga andre kilder, herunder fastlege. Det er liten forskjell mellom alder, ansiennitet og regiontilhørighet. På tross av innføring av EPJ og systemene som bygger på sykepleieprosessen, kan det se ut til at sykepleiere på sykehjem savner en del opplysninger om pasientene. Det kan tyde på at respondentene mener at sykepleiedokumentasjonen ikke inneholder nok opplysninger i seg selv til at de kan basere pleien og behandlingen av pasienten på denne. Ulike individuelle og organisatoriske perspektiv er identifisert som en mulig årsak til at sykepleierne søker seg til andre informasjonskilder (Naustdal, 2012). Hardiker et al (2000) viser til at forskjeller mellom terminologier kan være en betydelig barriere for sammenligning og utveksling av helseinformasjon (Hardiker, Hoy, & Casey, 2000).

### 8.2.5 Kultur og kommunikasjon

Respondentene i region 2 er mer enig i at viktige opplysninger går tapt ved overføring av pasienter enn de som tilhører region 1. Kulturelle forskjeller har vært nevnt som en årsak til at enkelte kan ha problemer med å forstå sykepleiedokumentasjonen, og at det dokumenteres ulikt. Både innen sosiologien, pedagogikken og i helsefaglige studier er det diskutert hvorvidt kulturforskjeller innenfor ulike grupper kan føre til kommunikasjonssvikt eller kulturkollisjoner (Helleso & Fagermoen, 2010). Kontinuiteten i pasientbehandlingen krever kommunikasjon mellom ulike nivåer i helsetjenesten og derfor er det essensielt å ta i betraktning at kulturforskjeller eksisterer. Ifølge Friesen (2009) er overføringer påvirket av de ulike kulturene i de ulike omsorgsenhetene. Dette bekreftes av Helleso og Fagermoen (2010) som beskriver kulturforskjeller mellom primær og sekundærhelsetjenesten. Studien viste at sykepleierne i de to organisasjonene hadde ulike prioriteringer av hvilken informasjon som var nødvendig å utveksle (Helleso & Fagermoen, 2010). De beskriver i sin studie hvordan sykepleiere på sykehus og i hjemmebaserte tjenester har ulike oppfatninger om når en pasient er utskrivningsklar. Sykepleierne i studien antyder også at sykepleiere på sykehus ikke aner hva helhetlig sykepleie er. En av sykepleierne siteres på følgende utsagn: «når pasienten er ferdigbehandlet på sykehuset og skal skrives ut, er det til en helt annen verden» (Helleso & Fagermoen, 2010).

Fiskum (2009) bekrefter i sin studie at det er kulturforskjeller ikke bare mellom sykehus og sykehjem, men også mellom avdelinger. Hun beskriver dette som ulike grunntoner. Studien ble gjennomført ved hjelp av en intervensjon for å øke kvaliteten og interessen for sykepleiedokumentasjon. Hun beskriver i sin presentasjon av funnene at studien fikk fram kulturforskjeller mellom avdelingene i forhold til positivitet, holdning og kunnskap. «Grunntonen» viste til ulik forståelse av egen sykepleiefaglig identitet og hva man ønsket å vektlegge som innhold og fokus i dokumentasjonen (Fiskum, 2009).

I et forsøk på å utjevne kulturforskjeller og bidra til bedre kvalitet på sykepleie-dokumentasjonen har det skjedd en gradvis standardisering i det språket som benyttes i dokumentasjonen. Fra tidlig på 1970 tallet er det jobbet med å utvikle standardiserte terminologier i sykepleie, både nasjonalt og internasjonalt. Målet har vært å få et felles språk som inneholder ensartede definisjoner for sykepleieaktiviteter (Varsi & Ruland, 2009). Det

understrektes likevel fra forskerhold det at innføring av klassifikasjonssystemer i sykepleie ikke nødvendigvis er noen garanti for at sykepleien til pasientene blir bedre (A Moen, 1999). Sykepleiedokumentasjonen er av mange sett på som en av de viktigste oppgavene vi som sykepleiere har, på grunn av at den fyller flere funksjoner. Nøyaktig og konsis dokumentasjon fører til kontinuitet i pleien av pasienten, og oppfyller kravet om juridisk dokumentasjon av omsorgsprosessen, samt gir muligheter for å evaluere pleien som er gitt (Dale, et al., 2003). I følge veilederen fra Norsk Sykepleierforbund (2007), nevnes det at det er uenighet om hvorvidt sykepleieprosessen som modell for sykepleieplanlegging gir det beste grunnlaget for dokumentasjon. Metoden kan oppfattes som tidkrevende og rigid, og mange sykepleiere kan ha problemer med å anvende sykepleieprosessen i praksis. Olsen et al. (2012) hevder her at det er behov for en mer helhetlig tilnærming til eldre pasienter, og dette må gjenspeiles i sykepleiesammenfatningen. Ny forskning fra Norge viser at det er mangler i sykepleiedokumentasjonen som brukes ved overføring av pasienter fra sekundærhelsetjenesten til primærhelsetjenesten (Olsen, Hellzén, Skotnes, & Enmarker, 2012). Trinnene i sykepleieprosessen må dokumenteres på en måte som sikrer at sammenhengen mellom trinnene framgår, uansett om man velger hendelsesbasert, problembasert, prosessbasert dokumentasjon eller dokumentasjon ved avvik som metode for dokumentasjon. Det bør ikke være noen motsetningsforhold mellom EPJ systemet og sykepleieprosessen, da sykepleieprosessen skal være integrert i EPJ systemet. De ulike trinnene i sykepleieprosessen kan være lettere å dokumentere ved hjelp av beslutningsstøtte som klassifikasjonssystemer, maler eller veiledende sykepleieplaner. Dokumentasjonen av sykepleie i pasientjournalen skal blant annet «gi beslutningsstøtte til planlegging av sykepleien, bidra til kontinuitet i sykepleieutøvelsen og koordinering av pasientrettede tiltak, danne grunnlag for forskning og fagutvikling og være et juridisk dokument og kilde for tilsynsmyndigheter» (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Som tidligere beskrevet i kapitlet om sykepleieprosessen viser Benner (1984) til at novisene bruker sykepleieprosessen mer aktiv fordi de er mer opptatt av regler og struktur enn eksperten som har en mer intuitiv og holistisk tilnærming til pasienten. En grunn kan være at bruken av sykepleieprosessen som modell for sykepleieplanlegging ikke gir det beste grunnlaget for dokumentasjon. I følge Norsk Sykepleierforbund (2007) stilles det spørsmål ved nettopp dette. Mange sykepleiere kan oppfatte metoden som rigid og tidkrevende, og at sykepleieprosessen kan være vanskelig å anvende i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Basert på sykepleierens kompetanse kan tiltak bli utført på helt forskjellige måter, fordi sykepleiedokumentasjon av tiltak som er gjort for pasienter med sammenlignbare diagnoser kan se relativt lik ut (Heggdal, 2006).

### 8.2.6 Verbal kommunikasjon

På påstanden om at det alltid skal være muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell i tillegg til den skriftlige, svarer over halvparten av sykepleierne at dette er noe de ønsker i en overflytningsprosess. Når pasienten skrives ut fra sykehus i dette fylket inkluderer det som regel både skriftlig og muntlig kontakt med sykehjemmet eller tildelingsenheten. Hellesø et al. (2005) bekrefter dette som de vanligste kommunikasjonsformene i utskrivelsesprosessen, og at sykepleierne velger dette til tross for tilgang til ny informasjonsteknologi (Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005). Gillespie et al. (2010) framhever muntlig kommunikasjon som en faktor til å heve kvaliteten på overføringer mellom sykehus og sykehjem. Halvparten av respondentene i denne studien ønsket alltid at det skulle være muntlig kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem. Det er uklart om denne oppfatningen er påvirket av en mangel på tillit til de kommunikasjonsprosessene som skjer, og som variabelt inkluderer verbal kommunikasjon mellom helsepersonell, eller om verbal kommunikasjon i seg selv gir ekstra viktige fordeler. Gillespie (2010) påpeker at ytterligere forskning er nødvendig for å definere rollen verbal kommunikasjon har i en overgangsprosess mellom sykehus og sykehjem (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010).

En smidig overgang fra sykehus til sykehjem er essensielt for å sikre trygg pasientbehandling og opprettholde kontinuitet i pleien og unngå reinnleggelser (Kripalani, et al., 2007). Direkte verbal kommunikasjon mellom helsepersonell ble identifisert av Geriatrisk Task Force av Society for Academic Emergency Medicine som et viktig element for å sikre høy kvalitet for omsorg mellom sykehjem og akuttavdelinger (Gillespie, Gleason, Karuza, & Shah, 2010). Bjørg Sveum (1992) her i (Weihe, 1997) kaller dette for en-veis og to-veis kommunikasjon. En-veis kommunikasjon er en form for kommunikasjon der det ikke forventes noe svar. Et eksempel på dette er sykepleiesammenfatningen. En to-veis kommunikasjon er et mer gjensidig spill mellom to eller flere kommunikasjonspartnere. Fordelen med to-veis kommunikasjon er at det kan gis tilbakemeldinger og man kan forsikre seg om at mottakeren har forstått budskapet. Ulempen er at det er mer ressurskrevende for den enkelte. Bull et al. (2000) beskriver kommunikasjonsprosessen slik; «kommunikasjonen går ut over det å skaffe

informasjon, det innebærer å komme gjennom til personen». Dette betyr at informasjonen du gir skal kunne forstås uavhengig av hvilken kompetanse mottakeren har. Dette indikerer en differensiering mellom kommunikasjon og informasjon som også kan bli reflektert i sykepleiernes informasjonsutveksling på tvers av ulike organisatoriske grenser (Bull, Hansen, & Gross, 2000).

### 8.2.7 Samhandling, dokumentasjon og stortingsmelding nr. 9

Studien vår gir indikasjon på at det finnes mangler ved dokumentasjonen fra sykehus til sykehjem i dag. Mangelfull sykepleiedokumentasjon kan føre til manglende samhandling. Hensikten med innføring av elektronisk dokumentasjon er å bedre samhandling og sammenhengende forløp i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). IKT-systemer kan gi bedre pasientbehandling, mindre pasienttransport, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen. Norge har et godt teknologisk utgangspunkt for å utveksle informasjon på en sikker og effektiv måte. Flere beskriver personvernet og informasjonssikkerhet som en stor utfordring, fordi svaret ikke bare ligger i tekniske løsninger, men også i helsepersonellens kompetanse ved bruk av nye verktøy (ibid)

Teknologiske løsninger innenfor kommunikasjon og informasjon har vært en nasjonal satsing innenfor helsevesenet. Til tross for dette har det til nå hovedsakelig vært avgrenset til utveksling av medisinsk informasjon mellom sykehus og fastleger (Naustdal, 2012). 30 november 2012 la regjeringen fram en ny stortingsmelding angående digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Denne stortingsmeldingen går i hovedsak ut på at pasientsikkerheten skal styrkes ved at pasienten skal ha en elektronisk journal. Denne skal være lett tilgjengelig for helsepersonell uavhengig av i hvilken del av landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling. For å sikre best mulig behandling, må helsepersonell ha rask, enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

## 9.0 Konklusjon

Dokumentasjon kan være en verdifull kilde til informasjon for beslutninger om finansiering og ressursbehandling samt tilrettelegging av sykepleieforskning. Tidligere studier uttrykker at det er behov for ytterligere forskning på området, og det er spesielt nevnt behov for ytterligere forskning innenfor dokumentasjon fra sykehus til sykehjem. Studien viser at til tross for mye forskning som viser at den generelle kvaliteten på sykepleiedokumentasjon ikke er god nok, mener sykepleierne at den er et hensiktsmessig verktøy som er viktig for hvordan de planlegger pleien av pasienten.

Sykepleierne som deltok i studien, var stort sett enige om at de ser på sykepleiesammenfatningen som et hensiktsmessig verktøy ved mottak av pasienter. Selv om det var stor enighet om dette, var det likevel forskjeller mellom alders- og ansiennitetsgruppene. Tendensen er også her at de i den høyeste aldersgruppen er mer enige i at sykepleiesammenfatningen er et hensiktsmessig verktøy. På tross av dette resultatet var det stor enighet om at det er nødvendig med verbal kommunikasjon, i tillegg til det skriftlige. Selv om sykepleierne gjennomgående er ganske fornøyd med sykepleiesammenfatningen, kan dette funnet tyde på at de fortsatt mener det er mangler ved den skriftlige dokumentasjonen. Det kan skyldes selve utformingen på sykepleiesammenfatningen, eller at den er for dårlig utfylt. Kvalitative studier kunne gitt mer utdypende svar for å avdekke hvor problemene ligger, og om det bør gjøres tiltak når det gjelder hva slags sykepleiedokumentasjon som blir brukt i dag, og hvordan den er utfylt.

Funnene i denne studien kan tyde på at alder og ansiennitet har påvirkning på holdningen til sykepleiesammenfatningen. Sykepleiere over 40 år ser ut til å kunne identifisere diagnoser lettere enn sykepleiere under 40 år. Generelt er tendensen fra studien at økende alder gir bedre skår når det gjelder hvor lett det er å finne ulike diagnoser og informasjon, og at økende alder gir en mer positiv holdning til sykepleiesammenfatningen. Noe av det samme resultatet framkommer for økende ansiennitet, men her er ikke tendensene så tydelige. Det hadde vært interessant med en større undersøkelse for å finne ut om det kom inn tydeligere svar med en større populasjon. Alle gruppene mente at det som var vanskeligst å finne, eller som oftest manglet i sykepleiedokumentasjonen, var opplysninger om mental status og allergier. Dette tyder på at dette er for dårlig dokumentert i informasjonen fra sykehus.

Respondentene er ganske enige i at det er god kommunikasjon mellom helsepersonell på sykehus og sykehjem ved overføring av pasienter. Imidlertid ser det ut til at det her finnes en mulighet til forbedring. Svarene kan tyde på at respondentene bare er mellomfornøyd, eller at kommunikasjonen er verken god eller dårlig.

Hovedkonklusjonen er at sykepleierne generelt sett er ganske fornøyd med sykepleiesammenfatningen, men at det er en del mangler – særlig når det gjelder mental status og allergier. I tillegg mener de aller fleste at det trengs verbal kommunikasjon i tillegg til den skriftlige. Slik samfunnet utvikler seg, og sett i lys av samhandlingsreformen vil det bli like viktig – om ikke viktigere – at dokumentasjonen som følger pasienten fra sykehus til sykehjem er av god kvalitet. Det bør gjøres ytterligere studier for å avdekke eventuelle mangler ved dagens dokumentasjonssystem for å kunne gjøre forbedringer.

#### 9.1.1 Klinisk betydning

Å ha mye kunnskap om hvordan dagens dokumentasjonssystem fungerer, er viktig for framtida. Med tendensene i samfunnet der liggetid på sykehus skal bli stadig kortere, og kommunen skal få mer ansvar for dårligere pasienter, er det spesielt viktig at det som er dokumentert er riktig og gjort på en slik måte at de som skal ta over pleien og behandlingen av pasientene, har nok informasjon til å kunne gjøre dette på en sikker måte med god kvalitet.

#### **Takk til:**

Mona Løvlien for god veiledning gjennom hele prosessen, Ann Kristin Hermundstad for hjelp til oversettelse og språkvask, Oddgeir Andersen og Per Olav Kraabøl for statistikkhjelp og kontaktpersoner på sykehjemmene for praktisk hjelp med gjennomføring av spørreundersøkelsen. Ellers takk til andre gode hjelpere og familie.

**Referanser:**

- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment : a practical approach*. St. Louis, Mo.: Elsevier Saunders.
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies-A comparative analysis. *Human relations*, 52(4), 421-438.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, B. H. (2005). "Korthuset" : sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis,. *Upublisert masteroppgave fra Det helsevitenskapelige fakultet*.
- Bollig, G., Esther, A., & Landro, I. S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien forskning*, 5(4):304-311 doi: DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0017
- Boockvar, K. S., Fridman, B., & Marturano, C. (2005). Ineffective communication of mental status information during care transfer of older adults. *Journal of general internal medicine*, 20(12), 1146-1150.
- Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 1024-1038.
- Brown, E. L., Raue, P. J., Mlodzianowski, A. E., Meyers, B. S., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2006). Transition to home care: quality of mental health, pharmacy, and medical history information. *Int J Psychiatry Med*, 36(3), 339-349.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 76-87.
- Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, A. C., & Ehrenberg, A. (2012). Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 21-31.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International journal of nursing practice*, 12(6), 366-374.
- Christiansen, E. K., Nohr, L. E., Skipenes, E., & Henriksen, E. (2007). Elektronisk formidling av pasientinformasjon–mangelfullt regelverk? . *Tidsskriftet Norske Lægeforening nr. 4, 2007; 127: 454–6*.
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*, 51(4), 549-555.
- Cuesta, C. (2006). The nursing process: from development to implementation\*. *Journal of Advanced Nursing*, 8(5), 365-371.
- Dahl, K. (2001). Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. *The problematic nursing documentation*). *tidsskriftet Sykepleien*, 1, 54-58.
- Dahl, K. (2002). Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. *Sykepleien*, 90(3), 46-50.
- Dale, J. G., Angermo, L. M., Dale, C., Mjøsund, N. H., Storteig, M., & Bach, G. (2003). Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. *KITH, Norsk sykepleierforbund*,



- from <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf> (21.11.12)
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dinescu, A., Fernandez, H., Ross, J. S., & Karani, R. (2011). Audit and feedback: an intervention to improve discharge summary completion. *J Hosp Med*, 6(1), 28-32. doi: 10.1002/jhm.831
- Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Mølsted, P. (2006). *Klassifisering av sykepleieintervensjoner (NIC)*. [Oslo]: Akribe.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Forståelse av kvantitativ helseforskning-en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113.
- Dörnyei, Z., & Taguchi, T. (2010). *Questionnaires in second language research: Construction, administration, and processing*: Taylor & Francis.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*, 324(7347), 1183.
- Egerod, I. (2000). *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Fiskum, E. (2009). " Det går likar no...!" Hvordan motivere til fagutvikling av sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved hjelp av aksjonsforskning som metode.
- Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*, 138(3), 161-167.
- Gillespie, S. M., Gleason, L. J., Karuza, J., & Shah, M. N. (2010). Health Care Providers' Opinions on Communication Between Nursing Homes and Emergency Departments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(3), 204-210.
- Goldberg, C. B. (2003). Who responds to surveys? Assessing the effects of nonresponse in cross-sectional dyadic research. *Assessment*, 10(1), 41-48.
- Griffiths, P. (1998). An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs-based nursing models. *J Adv Nurs*, 28(5), 969-977.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Gunningberg, L., & Ehrenberg, A. (2004). Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31(6).
- Hardiker, N. R., Hoy, D., & Casey, A. (2000). Standards for nursing terminology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(6), 523-528.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helleso, R., & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Int J Integr Care*, 10, e036.
- Hellesø, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of clinical nursing*, 15(1), 11-21.
- Hellesø, R., Sorensen, L., & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11), 960-972.
- Hellevik, O. (2011). Spørreundersøkelser. *De nasjonale forskningsetiske komiteer.* , from <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>. (20.11.12)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001a). *Lov om helsepersonell m.v.*: Retrieved from [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV\\*&&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&) (08.11.12).

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*: Retrieved from [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=SPESIALISTHELSETJENESTELOV\\*&&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=SPESIALISTHELSETJENESTELOV*&&) (08.11.12).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Meld.St. 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> (05.11.12).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Nasjonal veileder*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonale-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> (05.01.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609> (04.12.12).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Styrker samhandlingsreformen med flere fastleger og elektronisk samhandling. Pressemelding, 08.10.2012, Nr.: 67/2012*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2012/styrker-samhandlingsreformen-med-flere-f.html?id=704128> (05.12.12)
- Helsedirektoratet. (2009). *Utdanne nok og utnytte godt, innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen Utdanne nok og utnytte godt (Vol. 03/09)*.
- Hofstad, G. E., Norvoll, Reidun. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. SINTEF helse* Retrieved Februar 2003, from <http://www.sintef.no/uploadpages/201389/A6364.pdf> (27.11.12)
- Hyde, A., Treacy, M. P., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., . . . Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2).
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Knapp, T. R. (1990). Treating ordinal scales as interval scales: an attempt to resolve the controversy. *Nursing Research*, 39(2), 121-123.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 297(8), 831-841.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie (Vol. Bind 2)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kunnskapssenteret. (2011). Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land, from <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Commonwealth+Fund-unders%C3%B8kelsen+i+2011+blant+utvalgte+pasientgrupper%3A+Resultater+fra+en+komparativ+unders%C3%B8kelse+i+11+land.13747.cms> (05.01.2012)
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 58(4).
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Markanda, T. M. (2012). Care Transitions: An Essential Part of the Delivery of Health Care *North Carolina Medical Journal, N C Med J. 2012;73(1):65-66.PDF*.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinussen, M., & Arai, D. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Milisen, K., Foreman, M. D., Wouters, B., Driesen, R., Godderis, J., Abraham, I. L., & Broos, P. L. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. *J Gerontol Nurs*, 28(11), 23-29.
- Mitchell, P. H. (1980). *Grunnleggende sykepleie*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Moen, A. (1999). Klassifikasjonssystemer i sykepleie. *Sykepleien*, 87(2). 50-53.
- Moen, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering : faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., Mølsted, K., & Quivey, M. (2008). *Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Mølsted, K., & Thorsen, G. (2007). *Klassifikasjon av sykepleieresultater (NOC)*. [Oslo]: Akribe.
- Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol Classif*, 18(1), 5-17. doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x
- Nakash, R., Hutton, J., Jørstad-Stein, E., Gates, S., & Lamb, S. (2006). Maximising response to postal questionnaires—a systematic review of randomised trials in health research. *BMC medical research methodology*, 6(1), 5.
- Naustdal, A.-G. o. N., Grete (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien forskning*(03/12), 270-277.
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education*, 15(5).
- Norsk Sykepleierforbund. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal, from <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf> (30.11.11)
- Nortvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nøst, T. H. (2010). Språket i sykepleiedokumentasjonen ivaretar ikke pasientperspektivet. *Sykepleien*

2010, 98(09), 49-51. doi: DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0088

- O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover ritual: recommendations for research and practice. *Collegian: journal of the Royal College of Nursing Australia*, 8(3), 14-18.
- Olsen, R. M., Hellzén, O., Skotnes, L. H., & Enmarker, I. (2012). Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing*, 2(3), 277-287.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Reiley, P., Iezzoni, L. I., Phillips, R., Davis, R. B., Tuchin, L., & Calkins, D. (2007). Discharge planning: comparison of patients' and nurses' perceptions of patients following hospital discharge. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(2), 143-147.
- Reine, E. (2009). Dokumentasjon av anestesi: en sammenligning av elektronisk og manuell dokumentasjon av anestesiforløp. *Upublisert masteroppgave. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitet i Oslo*.
- Rykkje, L., Brattestad, A., & Hansen, S. (2007). Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. *Sykepleien* 2007 95(15):69-71. doi: DOI: 10.4220/sykepleiens.2007.0053
- Sander, K. (2004). Utsagnsmetoden. *Kunnskapssenteret* Retrieved Publisert 08/23/2004 from <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2579/1/Utsagnsmetoden/Utsagnsmetoden.html> (21.11.12)
- Sandvand, E., & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien: en basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Siefferman, J. W., Lin, E., & Fine, J. S. (2012). Patient safety at handoff in rehabilitation medicine. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 23(2).
- Sykehuset Innlandet. (2010). Samhandling om utskriving av pasienter fra SI til kommunene, from <http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/Documents/Godkjente%20samarbeidsrutiner/Rutine%20for%20utskrivning%20av%20pasienter%20fra%20SI%20til%20kommunene.pdf> (09.05.12)
- Synnes, O. (2012). Livlang læring, from <http://www.eldreoghelse.no/Livslang+I%C3%A6ring.9UFRjGYu.ips> (30.11.12)
- Terrell, K. M., Hustey, F. M., Hwang, U., Gerson, L. W., Wenger, N. S., & Miller, D. K. (2009). Quality indicators for geriatric emergency care. *Academic Emergency Medicine*, 16(5), 441-449.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Törnkvist, L., Gardulf, A., & Strender, L. (1997). The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centres. *Vård i Norden*, 17(4).
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P., & Welch, V. L. (2007). Methodologies for Improving Response Rates in Surveys of Physicians A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 30(4), 303-321.
- Varsi, C., & Ruland, C. M. (2009). Congruence between nursing problems in nursing care plans and NANDA nursing diagnoses. *Stud Health Technol Inform*, 146, 778-779.

Wangenstein, S., Johansson, I. S., Bjorkstrom, M. E., & Nordstrom, G. (2010). Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*, 66(10), 2170-2181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05282.x

JAN5282 [pii]

Weihe, H.-J. W. (1997). *Relasjonsarbeid og kommunikasjon*. [Oslo]: Tano Aschehoug.

Winter, J. C. F. d., & Dodou, D. (2010). Five-point Likert items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 15(11), 2.

World Health Organization. (2010). Process of translation and adaptation of instruments, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/) (23.11.12)

World Medical Association. (2009). The Helsinki declaration, from <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (23.11.12)

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Brev fra NSD

Vedlegg 4: Innhold i dokumentasjon fra SI

Vedlegg 5: Kopi av sykepleiesammenfatning

Vedlegg 6: Individuelt bidrag Stine

Vedlegg 7: Individuelt bidrag Torhild

## Vedlegg 1

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet



#### ”Sykepleiedokumentasjon: Et hensiktsmessig verktøy for sykepleiere i kommunehelsetjenesten ved mottak av pasienter fra sykehus?”

##### Bakgrunn

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en forskningsstudie for å finne ut om sykepleiedokumentasjonen oppleves som et hensiktsmessig verktøy for sykepleiere i kommunehelsetjenesten ved mottak av pasienter fra sykehus? Du er valgt ut til å bli invitert til å delta i spørreundersøkelsen, ettersom du er ansatt ved et sykehjem og i blant tar i mot pasienter fra sykehus. Sykehjemmet er trukket ut etter geografisk spredning og størrelse, og vi ønsker svar fra sykepleiere ansatt i 20 % stilling eller mer (fast ansatt eller vikariat). Ansvarlig for studien er Høgskolen i Gjøvik.

##### Hva innebærer studien?

Dette er en spørreundersøkelse. Ingen av spørreskjemaene skal være identifiserbare, det vil si de ikke inneholder noen form for merking, og dermed er svaret du gir anonymt. Skjemaet blir delt ut av avdelingsleder og skal legges i en konvolutt som lukkes igjen, og deretter legges i en stor samlekonvolutt.

##### Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler eller ulemper av studien, bortsett fra at det på sikt kan øke kunnskapen omkring sykepleiedokumentasjon.

##### Hva skjer med informasjonen om deg?

Skjemaet er anonymt, og vil ikke inneholde opplysninger om deg. Det er kun masterstudentene og veileder som har tilgang til spørreskjemaene, og det vil ikke bli mulig å identifisere enkeltpersoner i resultatene av studien. Skjemaene vil bli oppbevart i låst skap til studien er avsluttet, og vil deretter bli makulert.

##### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser. Dersom du ønsker å delta, svarer du på vedlagte spørreskjema innen: **20.09.12**. Hvis du har spørsmål kan du kontakte: Stine Larsen Bentsdal på 41936160, eller sende en e-post til [stine.bentsdal@hig.no](mailto:stine.bentsdal@hig.no), eller Torhild Sørum på 95760056, e-post [torhild.soerum@hig.no](mailto:torhild.soerum@hig.no). Du kan også kontakte vår veileder Mona Løvlien ved Høgskolen i Gjøvik på e-post: [mona.lovlien@hig.no](mailto:mona.lovlien@hig.no)

## Vedlegg 2

### Kartlegging av sykepleiers holdninger og meninger om sykepleiedokumentasjon og pasientbehandling ved overføring fra sykehus til sykehjem

Spørreskjemaet består av del A og del B – vennligst svar på begge.

#### Del A.

##### Spørsmål 1. Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helt uenig					Helt enig		
	1	2	3	4	5	6	7	
a. De nåværende diagnosene til pasienten er enkle å identifisere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Pasientens fysiske tilstand er enkel å identifisere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Den mentale statusen til pasienten er enkel å identifisere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Eventuelle allergier til pasienten er enkle å finne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Kontaktinformasjon (telefonnummer, adresse og avdeling) til sykehuset er enkel å finne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Informasjonen jeg mottar fra sykehuset er lett å forstå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Jeg kan finne overflytningsinformasjonen jeg trenger for å kunne ta hånd om pasienten i løpet av få minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Jeg anser sykepleiedokumentasjonen til å være et godt arbeidsredskap ved mottak av pasienter fra sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

##### Spørsmål 2. Hvor ofte synes du følgende bør skje?

	Aldri					Alltid		
	1	2	3	4	5	6	7	
a. Når en sykehjemspasient overføres fra sykehus til sykehjem bør det være verbal kommunikasjon mellom helsepersonell på mitt nivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



### Spørsmål 3. Hvor enig er du i følgende påstander?

	<b>Helt Uenig</b>							<b>Helt Enig</b>	
	1	2	3	4	5	6	7		
a. Sykepleiedokumentasjonen er viktig for hvordan jeg planlegger pleien til pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Det er god kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem i dette fylket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Viktig informasjon går tapt i overføring av pasient mellom sykehus og sykehjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Opplysningene i sykepleiedokumentasjonen samsvarer alltid med opplysningene jeg eventuelt tidligere har fått om pasienten over telefon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Spørsmål 4. Hvor ofte skjer følgende?

	<b>Aldri</b>							<b>Alltid</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
	1	2	3	4	5	6	7		
a. Jeg må bruke andre kilder for å få nok opplysninger om pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b. Hvilke andre kilder må du i så fall bruke?

- Pasienten
- Pårørende
- Epikrise

Andre/annet:

**Del B.**

**Spørsmål 1. Kjønn:**

- A. Kvinne
- B. Mann

**Spørsmål 2. Alder:**

år
----

**Spørsmål 3. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?**

- A. Under 1 år
- B. 1 til 3 år
- C. 4 til 10 år
- D. Over 10 år

**Tusen takk for at du svarte på spørsmålene!**

Spørreskjemaet er oversatt og tilpasset etter tillatelse fra Suzanne M. Gillespie. Opprinnelig brukt i "*Health Care Providers' Opinions on Communication Between Nursing Homes and Emergency Departments*"  
Gillespie, S.M, Gleason, L.J., Karuza, J.m & Shahm M.N. (2010).

# Vedlegg 3

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagras gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Mona Løvlien  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Høgskolen i Gjøvik  
Postboks 191  
2802 GJØVIK

Vår dato: 16.04.2012

Vår ref:30177 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.03.2012. Meldingen gjelder prosjektet:


30177	<i>Sykepleiedokumentasjon: et hensiktsmessig verktøy ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mona Løvlien</i>
<i>Student</i>	<i>Torhild Sørum</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Torhild Sørum, Sørensgvegen 9, 2860 HOV

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no



<b>Dokumenttyper i EDS</b>			SI/15.01.01-05	
Utgave: 3.01	Utarbeidet av: Rådgiver EDS v/Mona Stikbakke og Hilde Skøien	Godkjent av: Viseadm.dir Hans Iver Børresen	Gjelder fra: 18.04.2011	Side 1 av 4

## 1. Hensikt og omfang

Gir en oversikt over de forskjellige dokumentene knyttet til sykepleiedokumentasjon, og når de brukes.

## 2. Ansvar/målgruppe

Alle som dokumenterer i sykepleiedokumentasjonssystemet.

## 3. Handling

SO = Somatikk  
 PS = Psykiatri  
 EDI = Elektronisk, digital informasjon = Dokument som kan sendes elektronisk ut av vårt journalsystem.

**Funksjonsområdene som ikke blir brukt, skal slettes i alle maler, bortsett spl. Kartleggingsnotat**

Dokumenter	Beskrivelse	Med beh. plan
Spl. Innkostnotat	SO Første notat ved innleggelse, gjelder for akuttmottak, evt. der pasienten kommer rett på post. Behandlingsplan påbegynnes.	X
Spl. Kartleggingsnotat	SO Relevant sykehistorie, pasientens opplevelse av situasjonen, kartlegging av ressurser og problemområder ved innleggelse. Skal gi en oversikt over pasientens liv i hverdagen. Ingen funksjonsområder slettes. Hvis behov for tilføyelser, lages "ny versjon".	
Spl. Notat/evaluering	SO Evaluering av pasientens situasjon/tilstand, med nødvendig oppdatering av behandlingsplan.	X
Spl. Overflytningsnotat	SO Brukes ved interne overflytninger til annen post og ved avdelingsoverflytninger innen SI. Behandlingsplan oppdateres.	X
Spl. Utskrivningsnotat	SO Brukes ved utreise for å dokumentere informasjon om hvor pasienten utskrives til, og avtaler som er gjort. Behandlingsplan avsluttes/oppdateres.	X
Spl. Dagbehandling	SO Brukes under hele oppholdet ved dagbehandling. Tilføy evt. postens navn i feltet dokumentbetegnelse.	X
Spl. Postopr. notat	SO Brukes til postopr. pasienter. Behandlingsplan oppdateres.	X

## Vedlegg 4

Utgave: 3.01	<b>Dokumenttyper i EDS</b>	SI/15.01.01-05 Side 2 av 4
--------------	----------------------------	-------------------------------

<b>Spl. Sammenfatning</b>	SO	Brukes når pasientinformasjon skal sendes til mottagere utenfor sykehuset. Ved behov lages "ny versjon".	
<b>Spl. Poliklinikk notat</b>	SO	Brukes på poliklinikker, både ved selvstendige og assisterende konsultasjoner. Tilføy aktuelt fagområde i feltet dokumentbetegnelse ved hvert notat. Brukes også i akuttmottak ved poliklinisk behandling og før evt. innleggelse er klarert.	X
<b>Spl. Poliklinikk notat, innleggende pasienter</b>	SO	Brukes når innleggende pasienter er til behandling/undersøkelse på en poliklinikk, eller når sykepleier fra poliklinikk oppsøker pasient på post. Tilføy aktuelt fagområde i feltet dokumentbetegnelse.	
<b>Spl. Poliklinikk notat EDI</b>	SO	Ved elektronisk utveksling av informasjon. Samme som Spl. Poliklinikk notat SO.	
<b>Spl. Poliklinikk notat m/BP EDI</b>	SO	Ved elektronisk utveksling av informasjon. Samme som Spl. Poliklinikk notat SO. BP følger ikke med ved sending av EDI dokument.	X
<b>Spl. Tilsynsnotat</b>	SO	Brukes av sykepleier/behandler med selvstendige konsultasjoner (ikke poliklinikkpersonell) når de har tilsyn/gjør en vurdering/ oppfølging av innleggende pasient. Tilføy aktuelt fagområde i feltet dokumentbetegnelse ved hvert notat.	
<b>Spl. Ref. tverrfaglig møte</b>	SO	Brukes når det tverrfaglige team samles for å planlegge pasientbehandlingen. Ved gjentatte møter lages "ny versjon".	
<b>Spl. Informasjon til/fra pasient/pårørende</b>	SO	Brukes når en eller flere fagpersoner har informasjonsmøte for pasient og/eller pårørende. Ved behov lages "ny versjon".	
<b>Spl. Hendelsesnotat</b>	SO	Brukes ved akutt endring i pasientens tilstand, men som ikke fører til postoverflytting. Behandlingsplanen må endres.	X
<b>Spl. Resyme</b>	SO	Brukes for å lage jevnlige sammendrag av sykdomsforløpet til langtidspasienter. For å få fortløpende oversikt lages "ny versjon".	
<b>Spl. Kontakt/avtalelogg</b>	SO	Brukes til dokumentasjon av korte avtaler med samarbeidende enheter utenfor posten/avdelingen. "Ny versjon" benyttes for å få kontinuerlig oversikt.	
<b>Spl. Telefonkontakt</b>	SO	Brukes for å dokumentere avtaler, informasjon/veiledning som gis til pasient eller pårørende pr. telefon. Tilføy aktuelt fagområde i feltet dokumentbetegnelse ved hvert notat.	
<b>Spl. Operasjonsskjema</b>	SO	Brukes av operasjonssykepleier ved alle typer inngrep (unntatt øyeoperasjoner) Ved avsløsning godkjennes skjemaet og "Ny versjon" opprettes.	
<b>Spl. Operasjonsnotat</b>	SO	Brukes av operasjonssykepleier når det er særskilte observasjoner som krever oppfølging utover det generelle. Dette dokumenteres i behandlingsplanen.	X
<b>Spl. Innkommst m/sjekkliste</b>	PS	Første notat ved innleggelse. Kort bakgrunn for innleggelse. Sjekkliste fylles ut.	
<b>Spl. Kartleggingsnotat</b>	PS	Datasamling ift. funksjonsområdene. Kartlegging av relevant sykehistorie, pasientens opplevelse av situasjonen, ressurser og problemområder ved innleggelse, samt mål for innleggelsen. Kartleggingsnotatet påbegynnes innen 24 timer.	

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 29.01.12

## Vedlegg 4

Utgave: 3.01	<b>Dokumenttyper i EDS</b>	SI/15.01.01-05 Side 3 av 4
--------------	----------------------------	-------------------------------

		Ingen funksjonsområder skal slettes. Opprettes ny versjon av dokumentet når ny informasjon skal tilføyes. Overflyttes pasienten fra en type avdeling til en annen (eks. fra akutt til langtidsavdeling) kan nytt kartleggingsnotat opprettes.	
<b>Spl. Notat/evaluering</b>	PS	Fortløpende evaluering av pasientens situasjon/tilstand. Behandlingsplanen opprettes innen 24 timer, evalueres og oppdateres. Funksjonsområder som ikke brukes slettes før dokumentet godkjennes.	X
<b>Spl. Overflytningsnotat</b>	PS	Brukes som siste notat ved interne overflytninger til annen post og ved avdelingsoverflytninger innen SI. Behandlingsplan oppdateres.	X
<b>Spl. Utskrivningsnotat</b>	PS	Brukes ved utreise for å dokumentere informasjon om hvor pasienten utskrives til, og avtaler som er gjort. Behandlingsplan avsluttes/oppdateres.	X
<b>Spl. Sammenfatning</b>	PS	Brukes ved utskrivning når pasientinformasjon skal sendes til mottagere utenfor SI. Ved behov lages "ny versjon". Ansvarlig pleier utreisedagen skriver under og godkjenner dokumentet.	
<b>Spl. Poliklinikk notat</b>	PS	Brukes ved konsultasjoner/forvern. Gjør evt. tilføyelser i dokumentbetegnelse.	X
<b>Spl. Ref. internt beh. møte</b>	PS	Brukes ved internt tverrfaglig samarbeid for å planlegge pasientbehandlingen/oppfølging.	
<b>Spl. Informasjon til/fra pasient/pårørende</b>	PS	Brukes for å dokumentere pårørendesamtaler og annet samarbeid med pårørende. Opprettes ny versjon når ny informasjon skal tilføyes. For "langligere" kan nytt dokument opprettes etter 3 måneder. Det skal fremgå i gammelt og nytt dokument at nytt dokument opprettes.	
<b>Spl. Ref. nettverksmøte</b>	PS	Brukes til planlegging, gjennomføring og evaluering av nettverksmøter. Ved tilføyelser lages "Ny versjon".	
<b>Spl. Hendelsesnotat</b>	PS	Brukes ved akutt endring i pasientens tilstand.	
<b>Spl. Resyme</b>	PS	Brukes for å lage jevnlig sammendrag av sykdomsforløpet.	
<b>Spl. Ref. eksternt samarbeidsmøte</b>	PS	Brukes for å referere fra kontakt/møter med førstelinjetjenesten, ansvarsgruppe eller andre for å planlegge pasientens behandling. Opprettes ny versjon av dokumentet når ny informasjon skal tilføyes.	
<b>Spl. Kontakt/avtalelogg</b>	PS	Brukes til å dokumentere timeavtaler/undersøkelser og korte avtaler med samarbeidende enheter utenfor posten/avdelingen. "Ny versjon" benyttes for å få kontinuerlig oversikt.	
<b>Spl. Telefonkontakt</b>	PS	Brukes for å dokumentere telefonkontakt med pasienter.	
<b>Spl. Ambulant team</b>	PS	Brukes av ambulante team. Tilføy i feltet dokumentbetegnelse ved hvert notat; Hjemmebesøk, Poliklinisk notat eller Telefonkontakt.	X
<b>Spl. Polikl. Sammenfatning</b>	PS	Brukes ved avslutning av poliklinisk oppfølging når pasientinformasjon skal sendes til mottakere utenfor SI.	

### Referanser

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 29.01.12

# Vedlegg 5



Sykehuset Innlandet HF

**Til:**

**Pasient:**

**Pers.nr:**

**Adresse:**

**Pas. tlf.:**

**Kommune:**

**Fastlege:**

**Innlagt:**

**Utskr.:**

**Pas. ansvarlig lege:**

**Post:** Medisin 2E Gjøvik

**Skrevet dato:** 01.02.12 av: Torhild

**Sørum/søt100**

## SYKEPLEIE SAMMENFATNING

**Innleggelsesårsak:**

Pas

**Pårørende:**

**Medisinsk diagnose:**

**Pårørende:**

**Evt. tilleggssykdommer:**

**Cave:**

**Utstyr /hjelpemidler pasienten trenger ved utreise:**

**Avtaler/kontroller ved utreise:**

**Kontaktperson i kommunehelsetjenesten:**

Pårørende informert om  
utskrivelsen:

Pårørende informert om  
sykdom/skade:

Hurtigepikrise medsendt:

Andre vedlegg:

Individuell plan:

Åpen retur, evt kommentar

	Ja	Nei
Pårørende informert om utskrivelsen:		
Pårørende informert om sykdom/skade:		
Hurtigepikrise medsendt:		
Andre vedlegg:		
Individuell plan:		
Åpen retur, evt kommentar		

**Aktuelt:**

**1 Kommunikasjon/sanser:**

**2 Kunnsk/utvikl./psyk.:**

**3 Åndedr./sirkulasjon**

**4 Ernær./væske/el.bal.:** Høyde:

Vekt:

BMI:

**5 Eliminasjon:**

**6 Hud/vev/sår:**

**7 Aktivitet/funk.status:**

**8 Smerte/søvn/hv./velvæ.:**

**9 Seksualitet/reprod:**

**10 Sosialt/planl. utskr.:**

**11 Åndelig/kult./livsstil:**

**12 Annet/legedelegert:**

**BESØKSADRESSE:**

Medisin 2E Gjøvik  
Kyrre Greppsgt.11  
2819 Gjøvik

**POSTADRESSE:**

Medisin 2E Gjøvik  
Kyrre Greppsgt.11  
2819 Gjøvik

**Tlf.:** 06200

**Org.nr.:** 983 971 709

HELSE SØR-ØST

Ansvarlig for makulering: TIL masteroppgave