

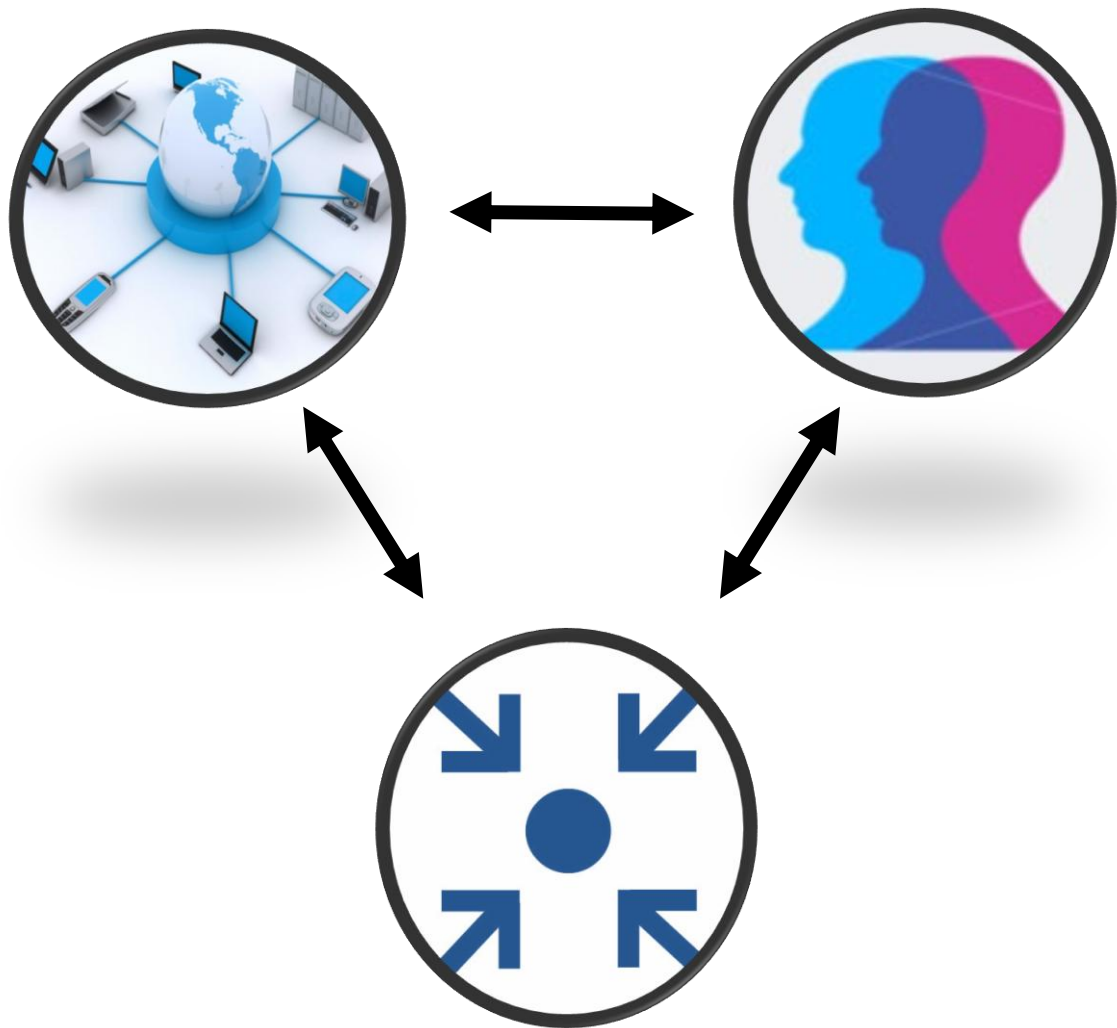
Anne Sofie von Düring

**«Sammenheng og kvalitet i
helsehjelp ved overføring av
pasienter fra sykehus til sykehjem»**

Masteroppgave i helseinformatikk

Trondheim, våren 2014

Sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem



**Informasjonssystemer, mennesker
felles møteplasser**

Masteroppgave i helseinformatikk mars 2014

** Ismer, ml (uspes av *-isme), ideologi, bærende ideer i et politisk system el. et livssyn, idésystem.*

- Bokmålsordboka / Språkrådet

FORORD	6
SUMMARY	7
1 INNLEDNING	8
1.1 SAMMENDRAG	8
1.2 BAKGRUNN.....	9
1.3 OPPBYGGING AV RAPPORTEN	12
2 PROBLEMSTILLINGER OG MÅL MED STUDIEN	13
3 LITTERATURGJENNOMGANG – TEORETISK TILNÆRMING	15
3.1 HELSEPERSONELLS ROLLER, OPPLÆRING OG KUNNSKAPSDANNELSE.....	15
3.1.1 <i>Helsepersonells ulike roller</i>	15
3.1.2 <i>Modell for dynamisk kunnskapsdannelse</i>	23
3.1.3 <i>Faser, utvikling og utfordringer i profesjonell utvikling</i>	27
3.2 SAMARBEID PÅ TVERS	34
3.2.1 <i>Læring på "kryss og tvers"</i>	34
3.2.2 <i>Prosesstøtte</i>	35
3.2.3 <i>Informasjonsutveksling mellom leger som har omsorg for samme pasient</i>	36
3.2.4 <i>Manglende klinisk informasjon ved besøk i primærhelsetjenesten</i>	37
3.2.5 <i>En samarbeidskjede i uttakt</i>	40
3.3 KOMMUNIKASJON.....	42
3.3.1 <i>Kommunikasjon og samhandling</i>	42
3.3.2 <i>Kommunikasjonsprosessen</i>	42
3.3.3 <i>Kommunikasjonskanaler</i>	43
3.3.4 <i>Formell versus uformell kommunikasjon</i>	44
3.3.5 <i>Kommunikasjonsproblemer</i>	45
3.3.6 <i>Kommunikasjon og beslutningsprosesser</i>	46
4 REGELVERK, ANDRE STYRINGSSIGNALER, NOEN ERFARINGER	47
4.1 INNLEDNING	47
4.2 NY KOMMUNEROLLE.....	47
4.3 SPESIALISTHELSETJENESTEN SKAL UTVIKLES	48
4.4 FORSKJELLIGE ANSVARSSUBJEKTER FOR SPESIALISTHELSETJENESTER OG KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	49
4.5 ØKONOMISKE INSENTIVER - FINANSIERING	50
4.6 KRAV OM KOMMUNIKASJONSPROSEDYRER	51
4.7 EPIKRISE.....	51
4.8 UTLEVERING AV OPPLYSNINGER TIL BRUK I LÆRINGSARBEID OG KVALITETSSIKRING	52
4.9 REGJERINGEN SOLBERGS POLITISKE PLATTFORM	52
4.10 ERFARINGER	53
4.10.1 <i>Hva har Samhandlingsreformen kostet så langt?</i>	53
4.10.2 <i>Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten</i>	53
5 RELEVANTE HØRINGSFORSLAG OG UTREDNINGER	55
5.1 MELD. ST. 9 (2012–2013) ÉN INNBYGGER – ÉN JOURNAL	55
5.2 UTREDNING AV ÉN INNBYGGER – ÉN JOURNAL	57

5.3	KRAV OM BRUK AV STANDARDISERTE MELDINGER I HELSE – OG OMSORGSTJENESTEN	65
5.4	FORSKRIFT OM KRAV TIL POLITISKE BEHANDLING AV KVALITETSKRAV	65
5.5	HØRINGSNOTAT OM NY PASIENTJOURNALLOV	65
5.6	INTERN FORSKRIVNING OG UTDELING AV LEGEMIDLER TIL PASIENTER	68
6	CASE – OMGIVELSER OG SETTING.....	73
6.1	INSTITUSJONENE	73
6.2	SAMARBEIDSAVTALER	73
6.2.1	<i>Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF</i>	<i>73</i>
6.2.2	<i>Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus</i>	<i>74</i>
6.2.3	<i>Retningslinjer for kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus og bydelene.....</i>	<i>74</i>
6.4	OMSORGSTRAPPEN I BYDELEN ØSTENSJØ.....	76
6.5	DELTAKERNE I PROSJEKTET	76
6.5.1	<i>Ullevål sykehus</i>	<i>77</i>
6.5.2	<i>Intermediæravdelingen</i>	<i>77</i>
6.5.3	<i>Korttidsavdelingen.....</i>	<i>78</i>
6.5.4	<i>Bestillerkontoret</i>	<i>78</i>
7	METODE - VEIEN JEG GIKK FOR Å BELYSE PROBLEMSTILLINGEN	80
7.1	KVALITATIVE OG KVANTITATIVE FORSKNINGSMETODER	80
7.1.1	<i>Observasjonsstudier</i>	<i>80</i>
7.1.2	<i>Kvalitative forskningsintervjuer</i>	<i>81</i>
7.1.3	<i>Krav til kvalitet.....</i>	<i>82</i>
7.2	METODOLOGISKE TILNÆRMINGER I STUDIEN.....	83
7.2.1	<i>Observasjoner.....</i>	<i>83</i>
7.2.2	<i>Intervjuer</i>	<i>85</i>
7.2.3	<i>Fra tale til tekst (transkribering).....</i>	<i>86</i>
7.2.4	<i>Målet for analysen av kvalitative data</i>	<i>87</i>
7.2.5	<i>Analyseprosessen.....</i>	<i>87</i>
7.2.6	<i>Trinnene i analyseprosessen</i>	<i>89</i>
7.2.7	<i>Sammenfatninger</i>	<i>97</i>
7.2.8	<i>Fra analyse til kunnskap</i>	<i>100</i>
7.3	ETISKE SPØRSMÅL	100
8	LOGISTIKK	102
8.1	OVERFØRING AV INFORMASJON	102
8.1.1	<i>Sykehuset - intermediæravdelingen</i>	<i>102</i>
8.1.2	<i>Sykehuset - korttidsavdelingen.....</i>	<i>103</i>
8.2	OVERFØRING AV HELSEHJELP	105
8.3	PASIENTENS VEI VED OVERFØRING FRA SYKEHUSET TIL SYKEHJEMMET	105
9	RESULTATER.....	106
9.1	KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER.....	106
9.2	BEHOV FOR INFORMASJONSKANAL SOM KAN FORMIDLE RIK INFORMASJON	110
9.3	KUNNSKAPSUTFORDRINGER	111
9.4	LÆRINGSFORHOLD.....	115
10	DISKUSJON	117

10.1	KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER.....	117
10.2	LÆRING AV KUNNSKAP OG FERDIGHETER.....	124
10.3	VEIEN VIDERE	126
10.4	DRØFTING AV METODE	128
10.4.1	<i>Validitet og reliabilitet.....</i>	128
10.4.2	<i>Betydningen av egen rolle.....</i>	128
10.4.3	<i>Betydningen av å bli observert.....</i>	129
10.4.4	<i>Generaliserbarhet.....</i>	129
10.4.5	<i>Hva kunne vært gjort annerledes?</i>	130
10.5	OPPSUMMERING/KONKLUSJON	130
10.6	BEHOV FOR VIDERE FORSKNING.....	131
REFERANSER:		133
VEDLEGG.....		137
1	FELTNOTATER	138
2	FORESPØRSEL TIL SYKEPLEIER OM DELTAKELSE I FORSKNINGS-/MASTERGRADSPROSJEKT	154
3	PASIENTINFORMASJON OM FORSKNINGS-/MASTERGRADSPROSJEKT	155
4	UTDRAG AV REFERAT FRA KOMITÉMØTE REK MIDT 15.03.13 KL 09:00	156
5	SJEKKLISTE VED KONTAKT MED ULLEVÅL SYKEHUS	157
6	RESPONS 1 FRA BYDEL PÅ MOTTATT MELDING OM INNLAGT PASIENT – HJELPESKJEMA	158

Forord

Det er mer enn fire år siden jeg begynte på studiet i helseinformatikk, og det er en milepæl for meg å levere denne masteroppgaven. I det siste året har det ikke vært en dag jeg ikke har tenkt på den. Jeg har lært mye underveis, jeg vet hva forskning er, og jeg er blitt mer nysgjerrig. Jeg er blitt voksen. Det er jeg takknemlig for.

*Ja visst gör det ont när knoppar brister
Varför skulle annars våren tveka? (Karin Boye)*

Det er mange som fortjener takk.

- ☺ Personalet på Abildsø sykehjem - utviklingscenter for sykehjem i Oslo. Alle jeg møtte der var hyggelige og forekommende. Jeg følte meg velkommen. Tusen takk.
- ☺ Studiekollegaer – for interessante samlinger og utveksling av frustrasjoner.
- ☺ Lærerne for god undervisning.
- ☺ Kirsti Berntsen for at hun holdt styr på oss.
- ☺ Arild Faxvaag som har veiledet meg og gitt meg utfordringer.
- ☺ Erling Thomas og Marit Elizabeth, som har vært der og ventet på meg.
- ☺ Alle andre som har støttet og vist meg forståelse.

Anne Sofie von Düring

Oslo 2. mars 2014

Korrekturlest 9. mai 2014

Summary

The report describes a study of the coherence and quality of health care when transferring patients from hospitals to nursing homes. The purpose of this study is to gain better insight into what is needed to offer patients continuity and quality of health care when a patient crosses the boundaries between hospital and nursing home. It is an objective that the findings of the study may form part of the knowledge platform for developing medical systems specialist health and health care services in the community.

The study was conducted using qualitative research methodology, observations, interviews and document studies. The observations were carried out in two stages at a nursing home in Oslo. The first stage was carried out at an intermediate section of the nursing home in autumn 2012, whose purpose was primarily to be familiar with the environment and experience how it is to be an observer. The second stage was completed in 2013 at the same intermediate section and on another section where patients were admitted to the nursing home a short period of time. Interviews were conducted with nurses and doctors during this period. I had prepared a guidance interview guide. The document studies were carried out during the entire study period.

The study is showing communication challenges when transferring patients from hospital to nursing home. The information provided in advance of the transfer did not reflect the patient's condition upon arrival at the nursing home. The hospital and nursing home had not established electronic communication. The same information was registered several places in the patient's medical record. Journal documents came together with the patient, and it happened often that information was missing. Information missing was requested by phone and answered by fax. The nurses spent a long time on electronic registration of the information that was submitted, including medical information and blood test results. The phone was central communication channel. The departments were highly knowledge-intensive. Knowledge creation occurred primarily between staff internally, the interaction face to face interaction and meeting with patients. To achieve coherence and quality health care to patients discharged from hospitals to nursing homes needs more facilitates, such as:

- Health care providers must be able to easily find and be able to contact other health professionals involved in health care to the patient. Such information must "follow" the patient.
- The information technology in use must have capability to reuse the information, so that healthcare providers should not have to record the same information in several places
- Information technology capable of communicating "complete" information.
- Healthcare professionals who are trained in using technology.
- Common meeting places where health professionals can discuss and talk things thoroughly.

1 Innledning

1.1 Sammendrag

Rapporten redegjør for en studie av sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem.

Hensikten med studien er å få bedre innsikt i hva som må til for å kunne tilby pasienter kontinuitet og kvalitet på helsehjelp når en pasient krysser grenser mellom helsepersonell og institusjoner. Det er et mål at funnene i studien kan utgjøre en del av den kunnskapsmessige plattformen for utvikling av pasientjournalssystemer i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Studien ble gjennomført ved bruk av kvalitativ forskningsmetodikk; observasjoner, intervjuer og dokumentstudier. Observasjonene ble gjennomført i to etapper på et sykehjem i Oslo kommune. Den første etappen ble gjennomført på sykehjemets intermediæravdeling høsten 2012; der hensikten først og fremst var å bli kjent med miljøet og erfare hvordan det er å være observatør. Den andre etappen ble gjennomført våren 2013 på intermediæravdelingen og korttidsavdelingen på samme sykehjem, og bydelens bestillerkontor. I løpet av denne perioden ble det også gjennomført intervjuer av sykepleiere og leger på sykehjemmet. Som basis for intervjuene hadde jeg utarbeidet en veiledende intervjuguide. Dokumentstudier ble gjort underveis i løpet av hele studieperioden.

Studien viste at det er kommunikasjonsutfordringer ved overføring av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet. Informasjonen som ble gitt ved overføring av pasientene gjenspeilte ikke pasientens tilstand ved ankomst til sykehjemmet. Sykehuset og sykehjemmet hadde ikke etablert elektronisk kommunikasjon. Samme opplysninger ble registrert flere steder i pasientens journal. Journaldokumentene (epikrise, kurve, lab. svar etc.) kom sammen med pasienten, og det skjedde ofte at opplysninger manglet. Opplysninger som manglet ble etterspurt per telefon og ettersendt per faks. Sykepleierne brukte mye tid på elektronisk registrering av opplysningene som ble oversendt, inkludert medisinske opplysninger og blodprøvesvar. Telefonen var en sentral kommunikasjonskanal. Avdelingene var meget kunnskapsintensive. Kunnskapsdannelsen skjedde først og fremst mellom personalet internt, ved samhandling ansikt til ansikt, gjensidig påvirkning og i møte med pasienten.

Studien viste at det er flere samvirkende faktorer som kreves for å få til sammenheng og kvalitet i helsehjelp til pasienter som utskrives fra sykehus til sykehjem. Det omfatter

- Helsepersonell må lett kunne finne frem til og kunne kontakte annet helsepersonell som er involvert i helsehjelp til pasienten de står ovenfor. Slik informasjon må ”følge med” pasienten.

- Informasjonsteknologi som har funksjonalitet for gjenbruk av informasjon, slik at en skal slippe å nedtegne/registrere samme opplysninger flere ganger.
- Informasjonsteknologi som kan formidle såkalt ”rik” informasjon.
- Ved overgang til elektroniske meldinger er det viktig at en ikke mister de verdifulle elementene som ligger i muntlig informasjonsutveksling, inkludert telefonsamtalen, på veien.
- Helsepersonell som er øvet i å bruke teknologien, og teknologien må fungere.
- Felles møteplasser der helsepersonell kan snakke sammen

1.2 Bakgrunn

Denne rapporten er siste del av Masterstudiet i helseinformatikk ved NTNU. Rapporten bygger videre på *prosjektoppgaven* ”Sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter mellom institusjoner”.

En sentral del av prosjektoppgaven omfattet gjennomgang av forskningsartikler som tar opp ulike problemstillinger innen samarbeid på tvers og helsepersonells opplæring, utdanning og roller. Disse artiklene har i tillegg til andre dokumenter, litteratur og relevant regelverk vært viktige referanser i arbeidet med masteroppgaven.

Pasienter har ofte behov for helse- og omsorgstjenester som krever samhandling mellom helsepersonell med ulik kompetanse. For helsetjenesten kan det være utfordrende å yte trygge og koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet når ansvaret for å yte tjenestene ligger i forskjellige organisatoriske enheter. En rekke faktorer kan påvirke resultatet, blant annet om oppgave- og ansvarsforhold er klarlagt, om personalet har kjennskap til hverandres kompetanse, ressurser og utgangspunkter, respekt og tillit til hverandre, finansieringssystem etc.

Det at ansvaret for å yte helse og omsorgstjenester er delt mellom en spesialisthelsetjeneste og en kommunal helse- og omsorgstjeneste kan bidra til å øke kompleksiteten. Vi har pasient- og brukerrettighetsbestemmelser, finansierings- og ansvarsbestemmelser som både er rettet mot spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har i mindre grad systemer som er rettet inn mot pasientens samlede behov.

Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen ”søyle”- og ikke det de gjør på tvers [16].

For å kunne tilby pasienten en sammenhengende tjeneste uten brudd trenger vi kunnskap om hva som skjer i overganger – 1) fra et behandlingsteam til et annet – 2) fra et ansvarssubjekt til et annet.

En sentral utfordring ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er overføring av nødvendige og relevante

helseopplysninger til personellet som skal overta ansvaret for pasienten. Videre er det et spørsmål om spesialisthelsetjenesten gir helsepersonellet som skal ta overta ansvaret for pasienten nødvendig råd og veiledning. Allerede i november 1998 fremfører Helse - og omsorgsdepartementet i Ot.prp. (1998–99) nr. 10:

Når departementet har kommet til at det bør være en lovpålagt plikt for helsepersonell i den offentlige spesialisthelsetjenesten å gi veiledning til kommunen, er det fordi departementet mener at dette er en oppgave som bør prioriteres.

I NOU 2005: 3 fremfører Wisløffutvalget:

Nytt medisinsk utstyr og nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder muliggjør at helsehjelp kan ytes av personell i kommunehelsetjenesten. Tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten er i slike tilfeller helt avgjørende for at kommunehelsetjenesten kan ivareta oppfølgingen av pasienten.

Videre uttales:

Utvalgets vurdering er at veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten fortsatt er et område der det er forbedringspotensial og utviklingsmuligheter i et samhandlingsperspektiv.

Ovennevnte ble skrevet for mer en 14 år siden. Hvor står vi i dag? ¹Erfaringer viser at etter samhandlingsreformen er pasientene som utskrives fra sykehuset sykere enn de var tidligere. Det bør derfor kunne stilles spørsmål om vi fortsatt har et forbedringspotensial og utviklingsmuligheter, eller kan vi si oss såre fornøyd med hva vi har fått til?

Forskning viser at helhetlig pasientforløp er kjennetegnet av tre hovedkomponenter; lege kontinuitet, kontinuitet i ledelse og informasjonskontinuitet.

Kontinuitet i informasjon er knyttet til at kunnskap om pasienten som skapes ved et legebesøk er tilgjengelig ved neste legebesøk [5]. Bruk av standardisert terminologi er forventet å sikre at det som overføres er nøyaktig/pålitelig [15]. En studie av Melby og Hellesø [9] viste at innføring av elektronisk utsendelse av informasjon (epikrise) i seg selv ikke var tilstrekkelig til å sikre koordinert og helhetlig helsehjelp. Studien viste at selv om informasjonen fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste ble overført i rett tid, var mangel på nødvendige og relevante opplysninger fremdeles en utfordring.

En studie av Naustdal og Netteland [10] viste at manglende bruk av standarder kunne føre til at det var vanskelig å finne igjen relevant pasientinformasjon og at det tekstlige innholdet kunne oppfattes ulikt. En konsekvens av dette fremfører forfatterne, er at dette

¹ Sykehjemsetaten (Observasjon 19. mars)

gjør gjenbruk av dataene og produksjon av inn- og utskrivningsrapporter vanskelig. Hellesø m.fl. [15] viste at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har en tendens til å ta utgangspunkt i et medisinsk perspektiv når de registrerer og utveksler informasjon med sine kollegaer i kommunen, og at dette perspektivet kan påvirke deres bruk av begreper og innholdet i informasjonen. Forfatterne stiller spørsmål om hvem det er som samler inn kunnskap om pasienter, og hvem sitt perspektiv det er som har styrke og kraft nok til å bestemme hva som er nødvendig og relevant informasjon. Forfatterne mener at informasjonskontinuitet kan synes å begrense eller utelukke uformell og udokumentert informasjon og detaljer, som for eksempel pasientens preferanser og verdier. Forfatterne fremfører at ved å ta utgangspunkt i at helsepersonell filtrerer informasjon både bevist og ubevist på bakgrunn av kompetanse, verdier, erfaringer og tilgjengelig informasjon om pasienten, kan helsepersonell få bedre innsikt i forhold som de må være oppmerksomme på i sin kommunikasjon og samhandling på tvers av grenser.

Kontinuitet i ledelse fokuserer blant annet på tjenestestandarder og protokoller [15]. Daiski [i 15] påpeker at organisatoriske strukturer og programmer som tar sikte på å gjøre pasientforløpet mer effektivt har fornedret sykepleiernes status til teknikere og inspektører, med ansvar for å sikre at protokoller og standarder utviklet av organisasjonen blir gjennomført. Hun hevder at en slik tilnærming ikke er mulig hvis en samtidig skal sikre profesjonell sykepleie.

Hellesø fremfører at det eksisterende planverket for utskrivning av pasienter har vist seg å skape problemer for kronisk syke pasienter og deres pårørende fordi stemmene deres ikke blir hørt, og de har ikke styrke nok til å trenge gjennom de institusjonaliserte løsningene for pasientbehandlingen. Den pågående diskusjonen om når en pasient er utskrivningsklar illustrerer i følge forfatteren et aspekt av ubalansen i maktforholdet mellom aktører som er involvert i en planprosess med tanke på utskrivning [15]. Problemer oppstår fordi pasienten, sykepleiere og leger tolker pasientens problemer forskjellig og har forskjellige meninger om hva som er den beste løsningen for pasienten. For å forbedre kontinuitet på helse- og omsorgstjenesten ved samhandling på tvers av grenser er det følge Hellesø viktig å være seg bevist implikasjoner av eget ståsted/perspektiv.

I en spørreundersøkelse fra 2010 var kommunene og helseforetakene ganske samstemte i hva som bør gjøres for å få bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunene mente 1) Bedre informasjonsteknologi 2) Samarbeidskultur/-klima og 3) Kunnskap og kompetanse burde prioriteres (svar fra 187 kommuner). Helseforetakene mente 1) Samarbeidskultur/-klima 2) Bedre informasjonsteknologi og 3) Kunnskap og kompetanse burde prioriteres (svar fra 18 helseforetak) [27].

For å oppfylle Samhandlingsreformens mål om at helse- og omsorgstjenestene skal bli mer koordinerte, ha god kvalitet og gi pasienter og brukere trygghet og tillitt kreves forskning.

For å nå dette målet må reformen blant annet bygge på forskningsbasert kunnskap. I gjennomføring av reformen må forskning og utvikling av nye innovative løsninger, sammen med utdanning, kompetanse og IKT tas i bruk. Reformen må i tillegg følges av forskning for å kunne evaluere effekten av tiltakene i reformen.”(Forskning og innovasjon for bedre samhandling, juli 2012).

Det fremgår av ovennevnte at det finnes mye forskning innen samhandling, og mye pågår. Regjeringens mål er at forskning i enda større grad enn i dag skal bidra til sammenheng i pasientforløp, kvalitet og pasientsikkerhet [17]. Foreliggende masteroppgave er et eksempel på slik forskning.

1.3 Oppbygging av rapporten

Rapporten innledes med et sammendrag på engelsk og norsk, og redegjør for bakgrunnen for prosjektet. Studiens problemstillinger og avgrensning beskrives i kapittel 2.

Kapittel 3 refererer forskningslitteratur og annen dokumentasjon jeg har arbeidet med i tilknytning til masteroppgaven (teoretisk tilnærming). Utvalgte tema omfatter blant annet helsepersonells roller, opplæring og utdanning (kunnskapsdannelse) (3.1), samarbeid på tvers (3.2) og kommunikasjon (3.3).

Kapittel 4 redegjør for regelverk, andre styringssignaler av betydning for sammenheng og kvalitet i helsehjelp, og presenterer noen erfaringer fra samhandlingsreformen. Kapittel 5 resymerer relevante høringsforslag og utredninger, som kan gi basis for det videre arbeidet mot en sammenhengende helsetjeneste.

Kapittel 6 redegjør for samhandlingsaktørene forskningsprosjektet omfatter og relevante dokumenter av betydning for samhandlingen mellom dem. Kapittel 7 redegjør for metodologiske spørsmål og hvordan jeg har gjennomført prosjektet. Metodekapittelet har blitt relativt omfattende og redegjør for analyseprosessen trinn for trinn av hensyn til forskningens krav til transparens. Videre er etiske spørsmål omtalt. Kapittel 8 fremstiller logistikken ved overføring av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet.

Forskningens funn og resultater fremføres i kapittel 9 og diskuteres i kapittel 10. Videre i kapittel 10 drøftes spørsmål om den anvendte forskningsmetodens validitet og reliabilitet, betydningen av egen rolle, betydningen av å bli observert, generaliserbarhet og behovet for videre forskning. Feltnotater er tatt inn som vedlegg til rapporten.

2 Problemstillinger og mål med studien

Helse- og omsorgstjenester av god kvalitet skapes i møte mellom pasient og helsepersonell. For helsepersonell er det nødvendig å ha tilstrekkelig informasjon og kjennskap til pasientens problemer for å kunne yte helsehjelp av god kvalitet. Det inkluderer forståelse for pasientens bekymringer om sykdom og helse, viten om hvor pasienten er i et pasientforløp, viten om pasienten også har andre pasientforløp, og viten om hvordan pasienten tidligere har respondert på helsehjelp. Avgjørende for gjennomføring av helsehjelpen, er at personellet har de ferdigheter (evne til å utføre en bestemt aktivitet eller arbeid) som skal til for å gjennomføre de handlinger som situasjonen krever.

Masteroppgaven studerer overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem. Spørsmålet er om helsepersonellet på sykehjemmet har eller får tilstrekkelig informasjon og kunnskap om pasienten slik at hun/han kan tilbys sammenhengende helsehjelp av god kvalitet uten avbrudd. Hvilke faktorer fremmer og hvilke hemmer sammenheng og kvalitet på helsehjelp.

Informasjon og kunnskap kan innhentes fra pasientens journal, ved kommunikasjon mellom helsepersonell, fra litteraturen og fra pasienten selv. Kunnskap² inkluderer også det å ha ferdighet til å utføre noe. Når helsepersonell yter helsehjelp skapes ny kunnskap ved at den kunnskapen og ferdigheten en allerede besitter, innveves med den nye kunnskapen, som skapes ved at en yter helsehjelp til pasienten [ref.6]. Ved overføring av pasienter mellom nivåer (og enheter) er det derfor viktig av all relevant informasjon og kunnskap om pasienten følger med, inkludert den kunnskapen som er skapt tidligere i behandlingsforløpet og i andre samtidige behandlingsforløp.

Målet med studien er å få bedre innsikt i hva som må til for å kunne tilby pasienter kontinuitet og kvalitet på helsehjelpen når en pasient krysser grenser mellom helsepersonell og institusjoner.

Fokus i oppgaven er å undersøke hvordan et sykehus og sykehjem kommuniserer ved utskrivning av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet. Det omfatter kommunikasjon på tvers av nivåer, og innen samme nivå. Prosjektet skal beskrive samhandlingsmønstre for å kunne identifisere hindringer og eventuelle endringsbehov, der målsettingen er at helsepersonell får rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige pasientopplysninger. Det er et mål at funnene kan utgjøre en del av en kunnskapsmessig plattform for utvikling av pasientjournalssystemer i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen, som kan bidra til sammenheng og kvalitet i helsehjelp.

Prosjektet skal se på om det er mulig å vurdere spørsmålet om oppdeling av et pasientforløp i ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten har innvirkning på

² Kunnskap henspiller på det å vite om eller kjenne til noe. Viten er et annet ord for kunnskap.

sammenheng og kvaliteten i helsehjelpen; om det virker positivt eller negativt inn på kvalitet og sammenheng i tjenesten.

Avgrensning

Spørsmålet om helsepersonell har rask, enkel og sikker tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger er et sentralt spørsmål ut fra et informasjonssikkerhetsperspektiv, jf. at begrepet omfatter krav til opplysningenes konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet [24].

Denne oppgaven fokuserer først og fremst på opplysningens tilgjengelighet, brukbarhet og relevans for helsepersonell i den situasjonen de er i når de skal yte helsehjelp. Oppgaven ser ikke på tilgangsstyringen til opplysningene ut fra et informasjonssikkerhetsperspektiv i vid forstand.

3 Litteraturgjennomgang – teoretisk tilnærming

I dette kapitlet redegjøres for forskningsartikler og litteratur jeg har arbeidet med i tilknytning til prosjektet.

Den første artikkelen i 3.1 drøfter betydningen av at helsetjenesten er inndelt i ulike nivåer og at helsepersonell har ulike roller (typologi), med fokus på grenseflaten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Deretter omtales Nonaka m.fl. sin modell for dynamisk kunnskapsdannelse, og videre faser, utvikling og utfordringer i profesjonell utvikling. Det omfatter Reynolds modell [31], Dreyfus´ s modell [19] og Brattheim m.fl. sin artikkel om utvikling av kliniske metoder og praksis [2].

Under 3.2, samarbeid på tvers, gis først en kort omtale av læring på kryss og tvers [28]. Deretter redegjøres for fire artikler om henholdsvis prosesstøtte, informasjonsutveksling mellom leger som har omsorg for samme pasient, manglende klinisk informasjon ved besøk i primærhelsetjenesten og en samarbeidskjede i utakt. Kapitlet avsluttes med å gi en teoretisk tilnærming til kommunikasjon og samhandling.

3.1 Helsepersonells roller, opplæring og kunnskapsdannelse

3.1.1 Helsepersonells ulike roller

Helsetjenesten er delt inn i en spesialisthelsetjeneste og en primærhelsetjeneste (allmennhelsetjeneste). Allmennhelsetjenesten omfatter generell kunnskap om de fleste sykdommer og helseplager som rammer befolkningen, mens spesialisthelsetjenesten omfatter mer dybdekunnskap innenfor bestemte grener av medisinen. Som regel er det en allmennlege (fastlegen) som møter pasienten først, og han eller hun har ansvar for å henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten, dersom pasienten trenger å bli vurdert av en spesialist eller trenger sykehusbehandling.

Spesialisthelsetjenesten har i de siste årene hatt en sterk kostnadsvekst. Veksten i medisinsk kunnskap har, sammen med fremskritt i diagnostiske og terapeutiske behandlingsmetoder og teknologier, vært viktige drivere for denne veksten. C.B. Forrest har i artikkelen ”A Typology of Specialist’s Clinical Roles” drøftet betydningen av ulike roller (typologi) i arbeidet med å forbedre effektiviteten i helsetjenesten. Fokus i artikkelen er grenseflaten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Et utgangspunkt i artikkelen er at dersom dagens bruksmønster av spesialister opprettholdes, vil etterspørselen etter hvert bli større enn tilbudet. I følge artikkelen har det likevel vært liten etterspørsel etter undersøkelser om vi bruker den samlede helsetjenesten hensiktsmessig - for å møte morgendagens behov. Den viktigste rollen

for fastleger er i følge Forrest å sørge for et medisinsk hjem³ /en medisinsk basistjeneste for pasientene. Dette inkluderer:

- kontinuerlig tilsyn over tid
- løsning av de fleste helsemessige behov
- integrerte tjenester på tvers av tilbydere og over tid
- tilrettelegging for at tjenesene som tilbys har sammenheng med andre relevante tjenester/ressurser pasienten trenger

Artikkelen synes relevant for norske forhold, særlig i lys av at samhandlingsreformen har lagt opp til at flere legeoppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse – og omsorgstjenesten i kommunen [ref.16]. Et hovedgrep i samhandlingsreformen er at veksten i legetjenester i hovedsak bør skje innen primærhelsetjenesten og at allmennlegen skal ha en større rolle. Et viktig element i dette vil være å klargjøre allmennlegens (fastlegens) rolle og ansvar.

Kliniske roller og medfølgende ansvar

I følge Forrest viser en samlet litteraturen at omsorg som tilbys av spesialister, sammenlignet med omsorg som tilbys av generalister, er mer kostbar, mer sannsynlig vil være kunnskapsbasert innenfor spesialistens fagområde, og forbundet med dårligere utfall for pasienten utenfor det område spesialisten er ekspert [4].

Videre synes kvaliteten på primærhelsetjenester å være av lavere kvalitet når tjenestene ytes av spesialister, istedenfor generalister (ref. Rosenblatt, Hart, Baldwin og Schneeweiss, i Forrest). En viktig utfordring ved blanding av primærlege- og spesialistrollen er at rollene krever forskjellige beslutningsprosessen. En klinisk tilnærming til en diagnostisk undersøkelse avhenger av sannsynlighet for sykdom, som kan være lav i primærhelsetjenesten, men høy i spesialisthelsetjenesten. Det er usannsynlig fremfører Forrest, at en enkelt lege kan skifte rolle og vippe sitt kliniske utgangspunkt for skjønn frem og tilbake mellom pasientgrupper med ulik og ukjent sannsynlighet for sykdom.

Karakteristisk for spesialister er at de er problemfokuserte eksperter i behandling av pasienter med spesifikke lidelser. Generalistens oppgave er å kunne sortere ut sykdom fra symptomer og administrere helhetlig helsehjelp til pasienter over tid. Generalister skal være personfokuserte, og kunne se pasienten som en helhet. Allmennleger har derfor en noe mer avventende beslutningsprosess, der årvåkenhet og å ”prøve ut” forskjellige behandlinger er en del av det diagnostiske verktøy (Rosenthal, Riemenschneider og Feather, i Forrest).

³ Medical home er team basert helsetjeneste modell (et helsetilbud) som ledes av en lege. Teamet har ansvar for helhetlig helsehjelp og medisinsk behandling til pasienter, herunder ”å henvise til nødvendige spesialister (http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_home)

Flere studier viser i følge Forrest at når generalister og spesialister samarbeider om å gi omsorg til pasienter med kronisk sykdom gir dette bedre resultater, sammenlignet med når spesialister eller generalister opptrer alene. På spørsmål om hvorfor allmennlegen henviser pasienter til spesialist, rapporterer leger at de trenger råd om diagnose eller behandling, ønsker gjennomført en teknisk prosedyre, at pasienten trenger kirurgisk behandling, eller psykiatrisk intervensjon. Eller de kan ønske å samarbeide i administreringen av en langsiktig oppfølgingsplan for pasienten.

Det er likevel en utfordring mener Forrest, at vi mangler enighet om kjernefunksjonene for de kliniske spesialister. Dette omfatter blant annet når en pasient skal henvises til spesialist og hvor lenge spesialisten bør involveres i behandlingen/helsehjelpen til pasienten. Denne usikkerheten er en sannsynlig bidragsyter til stor variasjon i bruken av spesialisthelsetjenesten. En vurdering av hvor en pasient hører hjemme, om hun/han trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten eller fra primærhelsetjenesten, må derfor tas med stor oppmerksomhet på og årvåkenhet rettet mot de ulike roller spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten utøver.

Figur nedenfor gir en oversikt over henvisningsgrunner - fra primærlege til spesialist – hentet fra Forrest.

<i>Henvisning</i>	<i>Årsak til henvisning – hva ønskes utført</i>
<i>Rådgiving</i>	<p>For å få en spesialistvurdering av en pasients diagnose, unormalt lab. svar, rgt. bilde, behandling eller prognose</p> <ul style="list-style-type: none"> • ved uvanlige og usikre problemer • ved vanlige problemer med uvanlige utslag • for problemer der konvensjonell behandling har mislykkes • for vurdering av behov for ny medisin eller behandling • få forsikring om at diagnosen er korrekt og / eller at de mest effektive behandlinger blir brukt • på pasientens forespørsel • ved medisinsk juridiske bekymringer
<i>Tekniske prosedyrer</i>	<p>For å få utført en teknisk prosedyre for diagnostisk, behandlende, eller palliativt formål</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindre kirurgisk inngrep, for eksempel fjerning av hud • store kirurgiske prosedyrer som krever narkose • invasive prosedyrer, for eksempel endoskopi, hjertekateterisering, eller invasiv radiologi • prosedyre for vanlige tilstander som krever bruk av komplisert utstyr • patologiske evalueringer • anestesi/narkose
<i>Samarbeid/felles ledelse</i>	<p>Å dele den løpende ytelse av helsehjelp til pasient som har ustabil helse</p> <ul style="list-style-type: none"> • ved langsiktig medisinsk lidelse som krever hyppige endringer i behandlingsplan • ved komplekse anatomiske problemer som det trengs flere kirurgiske prosedyrer å rette på (medfødte eller ervervede anomalier)

Figuren nedenfor oppsummerer typiske spesialistroller og medfølgende ansvar, hentet fra Forrest

<i>Klinisk rolle</i>	<i>Varighet</i>	<i>Oppgaver og ansvar</i>
<p><i>Kognitiv⁴ konsultasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi diagnostiske eller terapeutiske råd for å redusere klinisk usikkerhet 	<p>Spesialistens involvering i helsehjelpen er av kort varighet.</p>	<p>Spesialisthelsetjenestens ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samle og tolke klinisk informasjon. • Utføre nødvendig testing og bildebehandling. • Tolke nye data. • Gi anbefalinger. • Rettidig formidling.
<p><i>Prosessuell konsultasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utføre en teknisk prosedyre for å fastsette diagnose, behandle en tilstand, identifisere og forebygge nye tilfeller eller lette symptomer (kjennetegn på sykdom) 	<p>Spesialistens involvering i helsehjelpen er av kort varighet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere behov for fremgangsmåter/prosedyrer. • Vurdere risiko og fordeler. • Sørgе for at pasienten gir informert samtykke. • Utføre prosedyrer, trygge sikkerheten. • Rettidig kommunikasjon av anbefalinger og endringer i forvaltning av helsehjelpen.

⁴ Kognitiv, noe som har med fornuftsbestemt og erfaringsbegrunnet erkjennelse å gjøre

<i>Klinisk rolle</i>	<i>Varighet</i>	<i>Oppgaver og ansvar</i>
<p><i>Samarbeid mellom helsepersonell med delt ansvar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienter som mottar primærhelsetjenester over lang tid av primærlege og som henvises til spesialist for et spesielt helseproblem. 	<p>Primærhelsetjenesten sørger for det medisinske hjemmet/basisbehov. Obs: Ansvarer kan være uklart i løpet av en henvisningsperiode og pasienten kan være uten koordinering i denne perioden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for kunnskapsbasert ledelse/styring. • Avklare ansvarslinjer med primær lege for styring av oppgaver knyttet til henvist helseproblem. • Rettidig kommunikasjon av anbefalinger og endringer i forvaltning av helsehjelpen.
<p><i>Spesialisten samarbeider med primærhelsetjenesten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesialisten påtar seg totalansvar for et helseproblem av lang varighet. 	<p>Primærhelsetjenesten sørger for det medisinske hjemme/basisbehov.</p>	<p>Spesialisthelsetjenestens ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for kunnskapsbasert ledelse/styring. • Påta seg fullt ansvar for administrative oppgaver knyttet til henvist helseproblem. • Rettidig kommunikasjon av anbefalinger og endringer i forvaltning.
<i>Primærhelsetjenesten</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Tilbyr et medisinsk hjem/basistjenester for en gruppe pasienter. 	<p>Lang varighet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klar tilgang til medisinsk hjem/basisbehov. • Kontinuerlig tilsyn over tid. • Omfattende service pakke som dekker de fleste behov for befolkningen. • Integreert omsorg på tvers av leverandører og tid. • Tilrettelegge for samhandling/samvirke med samfunnets ressurser.

Innovasjon i grensesnittet mellom primær – og spesialisthelsetjenesteområde

Forrest fremfører i artikkelen at en portvaktfunksjon, utnyttelsesoversikter og økonomiske insentiver ved bruk av helseplaner for å redusere henvisinger til spesialitet har vist seg å ha liten effekt. Forrest drøfter en mer klinisk fokusert tilnærming som tar utgangspunkt i og setter spesialistens kliniske rolle til pasients behov i sentrum.

Artikkelen diskuterer strategier og konkrete innovasjoner for å forbedre effektiviteten i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det omfatter forsterket primærhelsetjeneste, beslutningsstøtte og elektronisk henvisning, telemedisin, samt en mer integrert primær- og spesialisthelsetjeneste.

Det første en allmennlege bør gjøre er, i følge Forrest, å vurdere pasientens tilstand og ta stilling til hva slags helsehjelp (på hvilket nivå) pasienten bør/kan tilbys hjelp: Effektiv utvelgelse av de pasienter som trenger spesialistbehandling er avgjørende for blant annet å ivareta pasientens sikkerhet ved å beskytte pasienten fra unødvendige intervensjoner fra spesialist og potensiell skade.

Forbedret kunnskaps/kompetanse og dyktige fastleger, spesielt med hensyn til å forvalte og ta seg av alminnelige helseproblemer, kan i følge Forrest forbedre primærlegenes evne til å ivareta pasientens problemer, uten at det er nødvendig å henvide pasienten til spesialist. Forrest nevner som eksempel at primærhelsetjenester med høy belastning av hepatitt C eller avansert leversykdom kan investere i oppbygging av kunnskap om disse sykdommene, i samspill med spesialisthelsetjenesten. Dette kan oppnås ved opplæring, for eksempel ved at spesialister oppsøker primærhelsetjenesten i deres egen praksis.

En annen tilnærming er å samle leger i mini fellesskap. Forrest viser at kirurger med hell har brukt mini fellesskap til å undervise i og tilegne seg kirurgiske ferdigheter: Et mini fellesskap i muskel – skjelettsykdom for britiske allmennpraktiserende leger var forbundet med lavere bruk av ortopeder og høyere kirurgisk kapasitet for henviste pasienter [ref. Duckett og Casserly i Forrest].

Utvidelse av prosessuelle ferdigheter ble av fastleger identifisert som viktigst for å unngå behovet for henvisning. [⁵] God kommunikasjon og systemer som støtter samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å sikre at de pasientene som trenger konsultasjon av spesialist faktisk får det. Elektroniske journalsystemer kan brukes til å innlemme pasientforløp i en leges arbeidsflyt/arbeidsprosesser for å skape mer dynamiske samspill mellom klinikere og informasjon om kunnskapsbasert praksis. I følge Forrest vil denne typen beslutningsstøtte øke antall henvisninger til spesialist for forhold som tidligere ikke er henvist. Innlagt beslutningsstøtte vil imidlertid kunne redusere klinisk usikkerhet i

⁵ Gen intern Med 1999 May;14(5):281-6. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. [Donohoe MT](#), [Kravitz RL](#), [Wheeler DB](#), [Chandra R](#), [Chen A](#), [Humphries N](#).

primærhelsetjenesten, og dermed styrke klinikerens selvtillit og mulighet til å ivareta pasienten på en helhetlig måte.

Samlokalisering av primær- og spesialisthelsetjenesten er likevel den sikrest måten å sørge for effektiv kommunikasjon og samarbeid på. I tilfeller der leger blir adskilt i tid og rom, vil et delt elektronisk journalsystem forbedre samordning og kommunikasjon, ved å gi tilgang til en felles klinisk database, ved å tilrettelegge for samspill mellom helsepersonell gjennom sikker elektronisk meldingsutveksling og innebygde retningslinjer for diagnostikk og behandling, og ved henvisninger i journalsystemet for bedre beslutningstøtte [Shekelle P, Morton SC, Keeler EB, Costs and Benefits of Health Information Technology, Evidence Reports/Technology Assessments, No. 132 i Forrest].

Tabellen nedenfor oppsummerer vesentlige forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen (primærhelsetjenesten) og er hentet fra veilederen "Veien til et helhetlig pasientforløp"

<i>Tema/Oppgaver</i>	<i>Primærhelsetjenesten</i>	<i>Spesialisthelsetjenesten</i>
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet.	Kortsiktig – tom. utskrivning
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spekteret av diagnoser.	Ett problem, ev. fokus på ett problem om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, pasienten deltar mye selv. Langsom endring.	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid.
Forholdet pasient - helsepersonell	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle.	Sjelden og oftest bare i korte periode. Mange involverte. Svak pasientrolle.
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, ofte med vekt på pasientreferanser.	Tas i møt med flere og med adhepanse først og fremst til faglige retningslinjer.
Samarbeid	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med ev. pårørende.	I hovedsak med den kommunale helse- og omsorgstjeneste, sporadisk kontakt med pårørende.

3.1.2 Modell for dynamisk kunnskapsdannelse

Ikujiro Nonaka, Rykoko Toyama og Noboru Konno redegjør i artikkelen ”SECI, Ba and Leadership” for en kunnskapsmodell som består av med tre elementer [ref.6]. De tre elementene omfatter

- 1) SECI prosessen, kunnskapsproduksjon gjennom konvertering av taus og eksplisitt kunnskap,
- 2) "Ba", som er den konteksten kunnskapsproduksjon skjer i, og
- 3) aktiva/beholdning av kunnskap, innspill, produksjon, og moderatorer av kunnskapsprosessen.

Modellen går ut på at en organisasjon ved bruk av eksisterende kunnskap skaper ny kunnskap gjennom en prosess (SECI) som foregår i Ba. Når ny kunnskap er skapt, blir den i sin tur grunnlaget for en ny spiral som danner ny kunnskap. Det er en forutsetning at de tre elementene gjensidig påvirker hverandre. Nøkkelen til å lede kunnskapsprosessen går i følge forfatterne gjennom dialektisk⁶ tenkning.

Kunnskap

Artikkelen definerer kunnskap som rettferdiggjort (begrunnet) sann overbevisning (tro). Definisjonen fokuserer på at kunnskap skal være rettferdiggjort eller begrunnet, mer enn at den skal være sann. I følge forfatterne er den grunnleggende egenskap ved kunnskap, i tradisjonell vestlig erkjennelsesteori, at den skal være sannferdig; en tilnærming som i følge forfatterne ikke tar opp i seg det dynamiske og den humanistiske dimensjonen av kunnskap.

Forfatterne fremfører at kunnskap er dynamisk (er i bevegelse), fordi den blir skapt i samspill mellom enkeltpersoner og organisasjoner. Videre fremheves at kunnskap er kontekstavhengig og bestemt i tid og rom. Uten at kunnskap blir satt i en sammenheng med noe er det i følge forfatterne bare informasjon, ikke kunnskap. Artikkelen skiller mellom to hovedtyper kunnskap: Eksplisitt kunnskap og taus kunnskap.

Karakteristisk for eksplisitt kunnskap er at den blir uttrykt gjennom språk og kan deles ved hjelp av data, vitenskapelige formler, spesifikasjoner, manualer og lignende. Det er motsatt med taus kunnskap. Den tause kunnskapen er høyst personlig og vanskelig å uttrykke gjennom språk. Eksempler på taus kunnskap er subjektiv innsikt, intuisjon og innskytelse. Taus kunnskap ligger dypt forankret i handling, prosedyrer, rutiner, engasjement, idealer, verdier og følelser. Det er vanskelig å kommunisere taus kunnskap til andre.

⁶ Tenkning/metode der en gjennom spørsmål og svar, argumenter og motargumenter søker å bestemme begreper innhold eller trenge inn i et problem

I følge forfatterne er det viktig å erkjenne at taus og eksplisitt kunnskap utfyller hverandre, og at begge typer kunnskap er nødvendig for å skape og utvikle ny kunnskap.

Kunnskapsutviklingsprosessen

Kunnskapsutvikling er en kontinuerlig prosess av dynamisk samspill mellom taus og eksplisitt kunnskap. *SECI-prosessen* oppstiller fire veier til kunnskap: Det er

- Sosialisering: Fra taus kunnskap til taus kunnskap
- Eksternalisering: Fra taus kunnskap til eksplisitt kunnskap
- Kombinasjon: Fra eksplisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap
- Internalisering: Fra eksplisitt kunnskap til taus kunnskap

Sosialisering er prosesser der ny taus kunnskap overføres gjennom felles opplevelser. Taus kunnskap er vanskelig å formalisere og ofte tids- og rom spesifikk, og kan bare erverves gjennom felles/delte erfaringer. Sosialisering skjer typisk ved tradisjonell opplæring, hvor lærlinger innøver/lærer et håndverk gjennom praktisk øvelse, og ikke først og fremst gjennom skriftlige manualer eller lærebøker. Sosialisering kan gå ut over egne organisasjonsgrenser ved bruk av møteplasser på tvers av organisasjonsgrenser.

Eksternalisering er prosesser der taus kunnskap kan uttrykkes eksplisitt, og på den måten deles med andre og bli grunnlag for ny kunnskap. Nye begreper ved utvikling av nye produkter er et eksempel på en slik konverteringsprosess. Et annet eksempel er kvalitetskontrollsjirkele som tillater ansatte å gjøre forbedringer på produksjonsprosessen ved å artikulere taus kunnskap oppbygget på arbeidsplassen over tid. Vellykket omdanning av taus kunnskap til eksplisitt kunnskap avhenger av sekvensiell⁷ bruk av metaforer,⁸ analogier⁹ og modeller.¹⁰

Kombinasjon er prosesser der eksplisitt kunnskap settes sammen med mer eksplisitt kunnskap, blir kombinert, redigert og behandlet for å danne ny kunnskap. Den nye kunnskapen kan deretter spres i organisasjonen. Nytenkning og kreativ bruk av datastyrte kommunikasjonsnettverk og store databaser kan legge til rette for denne type kunnskapsdannelse. Kunnskapsutvikling ved hjelp av kombinasjonsmetoden kan også inkludere nedbryting av mer overordnede begreper i mindre omfattende begreper.

Ved *internalisering* er eksplisitt kunnskap delt i hele organisasjonen, og kunnskapen inngår som taus kunnskap i den enkelte. Internalisering er nær knyttet til erfaringslæring, en lærer ved å gjøre en ting flere ganger ("øvelse gjør mester"). Ved å lese dokumenter og manualer som redegjøre for arbeidsoppgaver, ved å reflektere over

⁷ Sekvens: rekke av elementer som danner et hele.

⁸ Metafor: ord el. uttrykk som blir brukt i overført betydning, for eksempel speil i stedet for vannflate

⁹ Analogi; samsvar, likhet

¹⁰ Modell; forbilde, form eller mønster som noe skal lages etter

oppgaver etc. kan elever internalisere eksplisitt kunnskap som er skrevet i slike dokumenter for å øke sin egen tause kunnskap.

Når kunnskap er internalisert og blitt en del av individenes tause kunnskapsbase i form av felles mentale modeller eller teknisk knowhow, blir den en verdifull ressurs for virksomheten. Den tause kunnskap på individnivå kan sette i gang en ny kunnskapsspiral som blir delt med andre gjennom sosialisering.

Ba – kunnskap må settes i sammenheng med noe for å utvikles

Kunnskap trenger en sammenheng for å utvikles. Begrepet Ba betegner det sted eller den sammenheng der kunnskap deles, skapes og utnyttes. Produksjon og fornyelse av Ba er i følge forfatterne nøkkelen som setter kunnskapsbevegelsen i gang. Ba er ikke nødvendigvis inne i et fysisk rom. Ba er et bindeledd både i tid og rom. Ba kan være en kontor plass, virtuelle rom som e-post, eller mentale rom som delte idealer eller tanker. Samhandling er et nøkkelbegrep for å forstå Ba. Nonaka m.fl. skiller mellom fire typer Ba.

Opprinnelses Ba (Origination ba) er definert som individuell og ansikt til ansikt samhandling. Det betyr at kunnskapsdannelsen hovedsakelig skjer ved sosialisering, fordi individuell ansikt til ansikt samhandling er den eneste måten en kan fange opp hele spekteret av fysiske sanser og psyke - emosjonelle faktorer som er viktige elementer i å dele tause kunnskap

Samtale Ba (Dialoguing ba) sikter til kollektiv og ansikt til ansikt samhandling. Det er et sted der mentale modeller og ferdigheter kan deles, omgjøres til vanlig språk, og artikuleres som begreper. Kunnskapsdannelsen skjer hovedsakelig gjennom eksternalisering. Individuell tause kunnskap blir delt og uttalt eksplisitt gjennom dialog blant deltakerne. Den uttalte kunnskapen kommer tilbake til hvert individ og ytterligere kunnskap oppstår gjennom selvrefleksjon.

Systematisering Ba (Systemising ba) er definert som kollektiv og virtuell samhandling og gjensidig påvirkning. Kunnskapsdannelsen skjer hovedsakelig via eksisterende uttrykkelig kunnskap. Uttrykkelig kunnskap kan lett bli overført til et stort antall individer gjennom skrevne tekster. Informasjonsteknologi, e-post, databaser og helseregistre er eksempler på miljøer for utvikling av kunnskap gjennom systemisert Ba.

Øvelses Ba (Exercising ba) er definert som individuell og virtuell samhandling og gjensidig påvirkning. Kunnskapsdannelsen skjer hovedsakelig gjennom internalisering.

Aktiva/beholdning av kunnskap

For bedre å forstå hvordan kunnskapsaktiva (beholdning av kunnskap) blir utviklet, anskaffet og utnyttet kan de grupperes i fire kategorier; erfaringsbaserte, konseptuelle, systemiske og rutinemessige. Disse er nærmere skissert og omtalt nedenfor.

<p><i>Erfaringsbaserte kunnskapsverdier</i></p> <p>Taus kunnskap som er bygget gjennom felles erfaring (hands-on erfaring.) Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ferdigheter og fagkunnskap som er ervervet og opparbeidet av enkeltpersoner gjennom opplevelser på jobb • omsorg, kjærlighet og tillit • handlekraft, årvåkenhet og entusiasme, evne til improvisasjon og medvirkning <p>Fordi erfaringsbasert kunnskap er taus, er den vanskelig å forstå, vurdere og omsette. Den er virksomhetsspesifikk og gir den aktuelle virksomheten et konkurransefortrinn.</p>	<p><i>Konseptuelle kunnskapsverdier</i></p> <p>Eksplitt kunnskap uttrykt gjennom bilder, symboler og språk. Er basert på begreper som innehas av medlemmer av en organisasjon eller virksomhet, kunder etc. Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • merkevarer slik de oppfattes • produktideer • design <p>Fordi konseptuelle kunnskapsverdier har konkrete former, er de lettere å forstå enn de erfaringsbaserte kunnskapsverdier - selv om det også kan være vanskelig å forstå hva andre medlemmer (interne) egentlig oppfatter av hva som ligger i verdien</p>
<p><i>Rutinemessige kunnskapsverdier</i></p> <p>Taus kunnskap som er nedfelt i rutiner og blitt inkludert i virksomheten/organisasjonen som handlinger og praksis. Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fagkunnskap • organisasjonskultur • rutiner i det daglige arbeidet <p>Opparbeides gjennom kontinuerlig øvelse. Samme bakgrunnskunnskap, felles opplevelser og historier om organisasjonen kan bidra til å opparbeide slik kunnskap.</p>	<p><i>Systemiske kunnskapsverdier</i></p> <p>Systematisert og ferdigpakket uttrykkelig kunnskap. Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • produktspesifikasjoner, håndbøker og dokumenter • databaser • lisenser og patenter <p>Kunnskapen kan overføres relativt lett, og er den type kunnskap som er mest synlig.</p>

Ledelse av kunnskapsutviklingsprosessen

Etter å ha gjennomgått de tre elementene (SECI, Ba og kunnskapsverdier) i kunnskapsutviklingsprosessen redegjør artikkelen for hvordan kunnskapsprosessen kan styres/ledes i en organisasjon.

Artikkelen viser at det å styre informasjonsflyt/informasjonsutveksling ikke er nok for å utvikle ny kunnskap; ledelsen må også tilrettelegge arbeidsplassen og miljøet rundt for kunnskapsprosessen, for Ba og for ivaretagelse og bruk av eksisterende kunnskap.

3.1.3 Faser, utvikling og utfordringer i profesjonell utvikling

Læring og faglig utvikling innebærer mer enn det å tilegne seg visse fakta eller nye ferdigheter.

*Læring innebærer forandringer – i opplevelse, forståelse, holdninger og atferd.
(Killén 2012)*

En lærings- og utviklingsprosess kan inndeles i ulike faser og nivåer. Selv om det er store forskjeller i måten vi lærer og utvikler oss på, er det visse felles kjennetegn som regelmessig går igjen. Kunnskap om faser i læring er viktig både for den enkelte for forståelsen av sin egen utviklingsprosess og for kollegaer og samhandlingspartnere i samhandlingsøyemed. Nedenfor omtales to modeller, utviklet av Bertha Reynold [31] henholdsvis Stuart E. Dreyfus [19]. Videre omtales en artikkel om læring av kunnskap gjennom praktiske ferdigheter [29] og utvikling av kliniske metoder og praksis [2].

Reynolds modell

Reynold inndeler fasene den enkelte går gjennom i sin kunnskapsutvikling i fem faser:

1. fase: selvsentrertthetsfasen
2. fase: ”briste eller bære” fasen
3. fase: forståelse av situasjonen uten evne til å handle ut fra forståelsen
4. fase: evne til både å forstå og til å handle ut fra forståelsen
5. fase: evne til å formidle sitt eget fag

Fasene beskrives som adskilte, men de går mye om hverandre. Vi kan bevege oss frem og tilbake mellom de ulike fasene. I følge Killén kan vi også til tider befinne oss i flere faser samtidig. For en sykepleier der oppgaven er å bidra til at en pasient får tilfredsstilt sine grunnleggende behov for helsehjelp vil det ofte være slik. En praksis eller arbeidssituasjon som er for kravfylt eller belastende kan føre til at personellet presser seg til å gjøre handlinger som han eller hun er usikre på. Stressfylte arbeidssituasjoner og tidspress kan stå i veien for faglig forsvarlig arbeid, som igjen kan føre til utbrenthet og manglende motivasjon til å utvikle kunnskap [31].

I følge Killén er hvordan vi går gjennom en fase, opplever den og hankses med den, hva slags hjelp og støtte vi får etc., avgjørende for hvordan vi kommer oss videre og takler neste fase. Dette gjelder alle, både studenter og utdannet helsepersonell. Selv om Reynolds modell relaterer seg til studenter, er den også aktuell for helsepersonell i daglig arbeid.

I følge Killén kommer vi sjelden lenger enn til den tredje fasen, i løpet av vår studietid. Når vi etterpå går ut i arbeid, kan vi også gå tilbake til første fase. Dette har ikke noe å gjøre med å være uegnet eller mangle evner. Det skyldes alene at vi kommer i en ny ukjent situasjon, der vi må lære en ny rolle, tilegne oss ny viten, og orientere oss mot

nye oppgaver. Nedenfor omtales de fire første fasene. Når vi kommer til femte fase kan vi gå tilbake til første fase hvis vi går over i en ny rolle eller påtar oss nye oppgaver.

Selvsentrerthetsfasen

Helsepersonell i første fase er først og fremst opptatt av hvordan hun/han fungerer; om hun/han er god nok. Personen er preget av utilstrekkelighet og denne opplevelsen må personen gjennomleve før hun/han kan engasjere seg i pasientens problemer og behov for helsehjelp.

Helsepersonell står daglig overfor situasjoner som kan føre til usikkerhet. En person i denne fasen vil da enten måtte oppleve utilstrekkeligheten – som kan være angstfull – eller personen kan trekke seg unna situasjonen og de kravene og læringsmulighetene som ligger i det å engasjere seg i pasienten. En fare i denne fasen er at en blir for oppgavesentrert, og glemmer å se pasienten. Dette kan medføre at den faglige utviklingen kan gå i stå, og samhandlingen med annet helsepersonell og pasienten kan stoppe opp.

Noen kan tilsynelatende være frie for den usikkerheten som kan prege personer i første fase, og påta seg oppgaver der de ikke strekker til. Det kan føre til at en blir ukritisk til egne presentasjoner, dels for sin egen selvfølelses skyld eller på grunn av andres forventninger. Den følelsesmessige delen av læringsprosessen kan gå i stå, og en kan legge til seg vaner det er vanskelig å komme ut av. Faren er at det etableres en arbeidsmåte der problemene løses med grunnlag i overfladisk kjennskap til problemet og overfladiske vurderinger.

Helsepersonell i denne fasen vil føle et sterkt behov for råd og veiledning, og støtte fra mer erfarne kollegaer. Mangel på slik støtte kan føre til skuffelse eller aggresjon overfor både kollegaer og ledelse.

”Briste eller bare fasen”

I denne fasen er selvsentrertheten blitt mindre. Mens personen i første fase var mest opptatt av hvordan hun/han mestret oppgaven, kan personen nå være opptatt av hvordan pasienten opplever situasjonen. Usikkerheten er der fortsatt, men den virker ikke like hemmende på læringen. Helsepersonellet kan fortsatt ha vanskeligheter med å reflektere over situasjonen hun/han står ovenfor. En fare i denne fasen er at personen i for stor grad tar pasientens problemer ”med seg hjem”.

Forståelse av situasjonen uten evne til å handle ut fra forståelsen

I denne fasen kan energien brukes på en mer hensiktsmessig måte. Helsepersonellet har blitt tryggere på seg selv, og har fått frigjort krefter til å kunne fordype seg og reflektere. Personen er mer bevisst på egne læringsbehov, og de forholdene de iakttar rundt seg og må ta stilling til.

Helsepersonellet er oftere i stand til å forstå problemer og behov. Denne fasen har Killén også kalt ”aha” opplevelsesfasen, fordi personen kan henføre det hun/han ser til det de på forhånd kjenner fra litteraturen.

Helsepersonell i denne fasen vil fortsatt ha vanskeligheter å løse problemer ut fra faglige premisser. Gode forsøk på å bruke faglig metode bevisst og systematisk kan vekse mellom spontane og intuitive innfall som kan være høyst relevante og innfall som bare i liten grad kan bidra til å løse pasientens behov.

Fordi de teoretiske kunnskapene ennå ikke er integrerte, kan de virke nærmest hemmende, og kan føre til at vi fungerer dårligere og mer kunstig enn før vi tilegnet oss kunnskapene.

Fasen preges av større eller mindre avstand mellom forståelse av problemene og ferdigheter i å gjøre noe med dem. Det har i aller høyeste grad sammenheng med kompleksiteten av de problemene vi står ovenfor, samtidig som ressursene er begrensete. (Killén 2012 s. 76)

Selv om helsepersonell i denne fasen fortsatt kan være preget av usikkerhet, er dette en usikkerhet som er mer rasjonell og realistisk, og står i forhold til hva situasjonen krever. I følge Killén er dette en fase en aldri forlater for godt. Avhengig av hvilke problemer vi møter i vår yrkesutøvelse vil vi stadig vende tilbake til denne fasen, selv om vi har lang erfaring som helsepersonell.

Evne til både å forstå og å handle ut fra forståelsen

Helsepersonell i denne fasen har evne til integrert forståelse av pasientens problemer, og er i stand til å registrere og bearbeide sine egne reaksjoner på en slik måte at de ikke forstyrrer arbeidet med pasienten. Det betyr ikke at personen er ”utlært”. Helsepersonell står alltid i fare for ikke å se pasienter de møter godt nok. Helsepersonellens funksjon og arbeidsområde er av stor betydning for hvor stort behov for råd og veiledning helsepersonell har i denne fasen. For personell som arbeider med nye og krevende oppgaver eller vanskelig problematikk, vil det ofte være et stort behov for veiledning.

Stuart E. Dreyfus's modell

Tabellen nedenfor gir en oversikt over Stuart E. Dreyfus's modell i fem trinn som vi alle går igjennom når vi utvikler ferdigheter [ref. 19].

Dyktighets nivå	Komponenter	Perspektiv	Beslutning	Engasjement ¹¹
<i>Novise/nybegynner</i>	Uten sammenheng til kontekst	Ingen	Analytisk ¹² /	Løsrevet
<i>Videregående nybegynner</i>	Uten sammenheng til kontekst og situasjonsbestemt	Ingen	Analytisk/	Løsrevet
<i>Kompetent</i>	Uten sammenheng til kontekst og situasjonsbestemt	Valgt	Analytisk/	Løsrevet forståelse og beslutning, engasjert/involvert resultat
<i>Dyktig</i>	Uten sammenheng til kontekst og situasjonsbestemt	Ut fra erfaring	Analytisk/	Engasjert/involvert forståelse, løsrevet beslutning
<i>Ekspert/sakkyndig</i>	Uten sammenheng til kontekst og situasjonsbestemt	Ut fra erfaring	Intuitiv	Engasjert/innblandet

Den første kolonnen angir dyktighetsnivå. Kolonnen komponenter beskriver hvordan studenten oppfatter og forholder seg til ulike elementer i en situasjon. Hos en nybegynner oppfattes de ulike elementene enkeltvis, uten sammenheng med hverandre: Ved innøving av ferdigheter starter en ofte med å nedbryte oppgavene til kontekstfrie deloppgaver, som nybegynneren kan kjenne igjen, og gjenta og gjenta. I den virkelige verden er det imidlertid ikke nok bare å kunne følge en regel - gjøre en deloppgave. En trenger også kunnskap om i hvilken sammenheng regelen kan brukes, eller når deloppgaven skal utføres. Etter hvert som novisen trener, vil hun/han erfare i hvilke sammenhenger regelen kan benyttes eller deloppgaven skal utføres.

¹¹ Beskriver i hvilken grad den som lærer er fordypet/oppslukt i lærersituasjonen når det gjelder forståelse, hvordan beslutning treffes, og utfallet av situasjonen – sammenkobling av handlinger i situasjonen.

¹² Analytisk; tenkning som foregår trinnvis

Den tredje kolonnen i tabellen, perspektiv, sier noe om erfaring. Etter hvert som eleven blir i stand til å gjenkjenne ulike elementer/komponenter i en situasjon, må hun/han velge en tilnærming; når er det viktig å handle og når er det ikke så viktig.

Kolonnen beslutning viser hvordan eleven tar sin beslutning om hvordan hun/han skal handle i situasjonen. Denne kan være basert på et analytisk resonnement eller være intuitiv, basert på erfaring, og helhetlig vurdering av den spesielle situasjonen. Den siste kolonnen beskriver hvor inngående den som lærer er fordypet i læringssituasjonen når det gjelder forståelse, avgjørelsesprosessen og utfallet av situasjonen som helhet.

I tillegg til disse fem fasene beskriver Dreyfus to ytterligere faser; mester og innovatør stadiet [Dreyfus HL i Brattheim, Faxvaag, Tjora]. En mester viser et dypt engasjement på det aktuelle feltet i sin helhet og vil være i stand til å utvikle fagets grenser. Innovatøren går lenger og arbeider både for å utvide og å utfordre grensene for domenet. Forskning har vist at Dreyfus sin modell kan være relevant i helsetjenesten, for eksempel viser en studie i sykepleier trening at modellen både omfatter situasjonsforståelse og utvikling [Benner i Brattheim, Faxvaag, Tjora]. I boken "Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis" tar Benner utgangspunkt i Dreyfus sin modell og viser gjennom eksempler hvordan den kliniske utøvelsen av sykepleie endrer seg gjennom utvidet kunnskap.

Læring av kunnskap gjennom praktiske ferdigheter

I en beskrivelse av hvordan turnus leger utvikler praktiske ferdigheter skiller A. Bærheim mellom tre former for læring: konseptuell læring, perseptuell læring og prosedyrelæring [29].

Konseptuell læring består i å tilegne seg medisinsk teoretisk kunnskap. Konseptuell kunnskap læres gjennom forelesninger, praksis i klinikken, kollokviégrupper og bruk av problembaserte læringsgrupper. Det fremgår av artikkelen at denne måte å lære på har vært en styrke ved studieplanene, men at det også kan være en ulempe for kunnskapsutviklingen, i den forstand at teoretisk kunnskap alene ikke er nok til å utvikle praktiske ferdigheter.

Perseptuell kunnskap innebærer at en kan gjenkjenne observerte data i relasjon til en teoretisk referanseramme. I medisinsk sammenheng vil dette i det vesentlige dreie seg om å kunne forstå kliniske observasjoner, fremkommet ved samtale med eller ved observasjon av pasienten, tolket i en medisinsk referanseramme. Perseptuell kunnskap omfatter både diagnostiske og terapeutiske ferdigheter. Artikkelen fremfører at slik kunnskap sannsynligvis er sentralt i begrepet "klinisk kompetanse".

Prosedyreferdigheter er praktiske ferdigheter som innlæring på bakgrunn av konseptuell og perseptuell kunnskap.

Artikkelen sammenfatter perseptuell kunnskap og prosedyreferdigheter under begrepet kliniske ferdigheter, og fremfører at innlæring av slik kunnskap skjer gjennom trening, gjennom klinisk pasienterfaring, men kan også skje i såkalte ferdighetslaboratorier. Videre refereres til en artikkel av V. Akre m.fl. [30] som viser at kvaliteten av læringen avhenger av den situasjonsbaserte dialogen mellom novise og ekspert [30].

Sykepleier teoretikeren Patricia Benner fremfører:

Knowledge development in a practice discipline consists of extending practical knowledge (know-how) through theory based scientific investigations and through the clinical experience in the practice of that discipline (Benner, 1984).

Utvikling av kliniske metoder og praksis

Artikkelen "Getting the aorta in place: A "community of guidance" in the evolving practice of vascular implant surgery" [ref 2] viser at det først og fremst er sosialt engasjement og god "gjødning" i et fellesskap med veiledning som er drivkraften bak utvikling og bruk av metoder og teknologier i kirurgisk praksis.

Selv om forskningsprosjektet artikkelen refererer var samarbeid mellom sykehus om behandling av pasienter med abdominalt aortaaneurisme/utposning på hovedpulsåren (AAA), mener jeg at tema og funnene i artikkelen også kan være relevante for samarbeid og erfaringsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Utgangspunktet for prosjektet var at i løpet av 2009 ble den tradisjonelle metoden med å fjerne utposninger på aorta (hovedpulsåren) gjennom et stort abdominalt snitt (for å sette inn en kunstig protese), erstattet med et mindre blodig (invasivt) inngrep (EVAR).

Artikkelen gjennomgår utviklingen av den nye metoden, og viser hvordan inklusjon av pasienter endret seg etter hvert som kunnskapen om metoden ble utviklet. Artikkelen stilte spørsmål om kjennetegn ved en fremvoksende kunnskap? Hvordan utvikles kunnskap til å utføre en metode innenfor en bestemt sosial, materiell, teknologisk og organisatorisk sammenheng?

Studiens teoretiske rammeverk var Dreyfus sin modell om kunnskapstrinnene og Nonakas artikkel om kunnskapsutviklingsprosessen, som er omtalt ovenfor i dette kapitlet. Videre bygget den på et arbeid av Suchman (Suchman 1987), som viste at en kurs eller retning på en handling avhenger av kontekstuelle forhold, der de kontekstuelle forhold bygger på aktørens tolkning og handlingen selv, etter hvert som handlingen utspiller seg. Med dette utgangspunkt vil det ikke være regler eller fastsatte prosedyrer som bestemmer en bestemt handling. Det er heller slik at regler og fastsatte prosedyrer avklarer og er veiledende for handlingens retning.

Med dette som utgangspunkt fant forskerne det relevant å utforske hvordan aktører innenfor en bestemt kontekst finner dokumentasjon/grunnlag for sine vurderinger og handlinger, og forholdet mellom kunnskap og handling.

Resultater

Studien identifiserte 3 samspillende egenskaper ved kunnskapsutvikling; det kollektive, det mellommenneskelige og det tekniske. For å fremme kirurgisk arbeid må alle egenskapene være til stede.

Informantene synes å vektlegge felles uformelle retningslinjer, som springer ut av praksis gjennom år, fremfor mer formelle retningslinjer. De mente at det er viktig å ha tommelfingerregler som et utgangspunkt, men at hver pasient må vurderes konkret (skreddersydd tilnærming). Avhengig av pasientens tilstand og risikovurdering der flere parametre inngår, bør en tommelfingerregel kunne tillempes. Ekspertenes tilnærming tok utgangspunkt i et mester- og læringsperspektiv for utvikling av kunnskap om en ny metode, og viktigheten av "hands-on" trening ble poengtert.

De mellommenneskelige funnene i studien går på at ulike aktører med ulik kunnskap snakker sammen for å komme frem til en beslutning. Valg av metode krever kunnskap om flere forhold om pasienten, enn bare beliggenheten av og utposningen på aorta. Mellommenneskelig kunnskap oppstår når "enkeltkunnskap" fra de ulike aktører settes sammen til "helhetlig" kunnskap", og det er med grunnlag i den samlede eller samsnakkede kunnskap det vurderes om pasienten er kandidat for EVAR behandling.

Krav til teknisk kunnskap går på at det kreves detaljert kunnskap for å gjennomføre selve inngrepet. Informantene understreket at de som fikk opplæring og erfaring måtte demonstrere et visst dyktighetsnivå før de fikk gjennomføre et inngrep på egen hånd. Et av basiskriteriene var at man var i stand til å gjenkjenne og respondere på uventede hendelser.

3.2 Samarbeid på tvers

3.2.1 Læring på ”kryss og tvers”

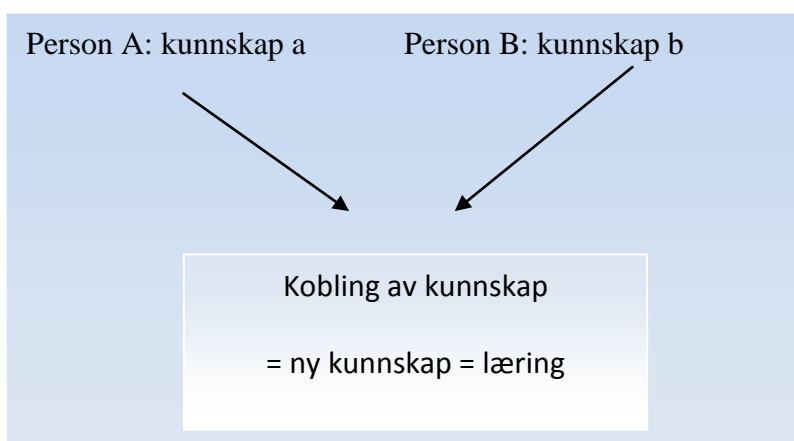
Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er kunnskapsintensive organisasjoner [32]. Lærende organisasjoner kjennetegnes ved at læringsforholdene mellom medarbeidere går ”på kryss og tvers” i organisasjonen, på tvers av kulturer og på tvers av personlige forhold [28].

Wadel skiller mellom kobling av kunnskap mellom medarbeidere med samme faglige bakgrunn og medarbeidere med ulik faglig bakgrunn. Kobling av kunnskap skjer hele tiden mellom personer i samme avdeling, med samme faglig bakgrunn og samme arbeid gjennom relasjonell påvirkning. Det som ofte kjennetegner koblinger av kunnskap mellom medarbeidere med ulik faglig bakgrunn er i følge Wadel kobling av kunnskap som tilsynelatende står langt fra hverandre. Med det menes kunnskap som en ikke hadde tenkt som relevant for de arbeidsoppgaver en skal utføre. Men, tilføyer han:

Ofte er et det nettopp slik ”fjern” kunnskap som er basis for at en kan utføre sin egen jobb på en mer organisasjonsmessig helhetlig måte. [28]

Lærende organisasjoner har medarbeidere som er i stand til å koble kunnskap som tilsynelatende ikke hadde noe med hverandre å gjøre.

Etablering av læringsforhold på tvers vil i følge Wadel ofte føre til ”møter” mellom ulike typer kunnskap. Slike møter mellom kunnskap vil i sin tur lett kunne føre til utvikling av ny kunnskap. I figuren nedenfor skisseres utvikling av læringsforhold mellom medarbeidere ved at kunnskap møter kunnskap.



Kunnskapen som bringes videre er noe mer enn kunnskapen vi tok imot, fordi kunnskap som bringes videre inkluderer kunnskap vi tidligere har tatt imot.

3.2.2 Prosesstøtte

Prosesstøtte kan være et viktig hjelpemiddel ved samhandling mellom sykehus og sykehjem ved overføring av pasienter, blant annet i form av behandlingsplaner. For å belyse noen problemstillinger med prosesstøtte finner jeg artikkelen “Process support for risk mitigation: a case study of variability and resilience¹³ in vascular surgery” av Berit Brattheim, Arild Faxvaag og Andreas Seim egnet. Målet med artikkelen er å gi innspill til utforming av IT-støtte. Studien utforsker egenskaper ved og kilder for prosessvariasjon i en kirurgisk behandlingsprosess, som går over flere institusjoner og profesjonelle grenser.

Bakgrunn for studien

Et viktig element i utviklingen av prosesstøtte systemer er i følge forfatterne i hvilken grad en skal kunne bruke systemet til å administrere eller redusere prosessvariasjon. Moderne teori har gått ut fra at kvalitet er omvendt proporsjonal med variasjon (Montgomery, i Brattheim, Faxvaag og Seim), som kan sees på som en barriere mot ytelse og kvalitet (Olatunde, Peek m.fl., og Lundberg m.fl. i Brattheim, Faxvaag og Seim). Prosessvariasjon kan imidlertid også være et uttrykk for fleksibilitet (Pentland i Brattheim, Faxvaag og Seim), som kan gjenspeiles i problemløsningen i klinisk arbeid (Berwick og Thompson i Brattheim, Faxvaag og Seim).

Teori om robust prosjektering antyder at prosessvariasjon knyttet til fleksibilitet er en integrert del av hvordan aktører håndterer usikkerhet, variabilitet og høy risiko, med tanke på økt sikkerhet i uforutsigbare innstillinger (Costella m.fl. og Hollnagel i Brattheim, Faxvaag og Seim). Hollnagel fremfører fire egenskaper som han karakteriserer som hjørnesteiner en designprosess må ta høyde for. Det er

- evnen til å forutse kommende hendelser,
- aktpågivenhet og oppmerksomhet på kritiske spørsmål,
- evnen til å reagere effektivt på (uventet) hendelser og
- vilje til kunnskap ved å lære fra både positive og negative erfaringer.

Funn og konklusjoner

Studien viste at noen prosessvariasjoner kunne henføres til pasienten; som pasientens ønsker, pasientens anatomi (aneurismes beliggenhet), andre sykdommer, og forventet gjenværende levealder. Det at utstyr eller ressurser ikke var tilgjengelig kunne også medføre variasjoner. Ikke planlagte variasjoner i prosess kunne bero på svikt i utførelsen av en planlagt oppgave, eller at utøveren gjorde noe annet enn det som var planlagt eller endret vurdering. Hovedfunnet antyder imidlertid at behandlingsprosessen først og fremst tar utgangspunkt i behandlingskvalitet og pasientsikkerhet og bygger på systematiserte analyser for å redusere risikoer ved tiltaket.

¹³ Resilience: motstandsdyktighet, robusthet, elastisitet

Forfatterne konkluderer med at en bør ha en fleksibilitetsbasert tilnærming ved utvikling av prosessstøttesystemer ved å inkludere oppmerksomhet i arbeidsflyt samt feedbacksløyfer for tilpasset læring – for å sikre robusthet, redusere risiko og forbedre pasientsikkerheten.

3.2.3 Informasjonsutveksling mellom leger som har omsorg for samme pasient

Studien ”*Information exchange among physicians caring for the same patient in the community*” (Walraven m.fl) som det redegjøres for nedenfor er gjennomført i Ontario, som er den mest folkerike provinsen i Canada.

Studiens tilnærming er at helhetlige pasientforløp er kjennetegnet av 3 hovedkomponenter. Det er

- lege kontinuitet,
- kontinuitet i ledelse og
- informasjonskontinuitet.

En nøkkelkomponent ved informasjonskontinuitet er at helseopplysninger fra tidligere legebesøk er tilgjengelig ved aktuelt legebesøk. Hensikten med studien var å identifisere faktorer ved pasienter og leger som påvirker tilgjengeligheten av informasjon fra tidligere besøk hos andre leger, for å få bedre forståelse for hvordan informasjonsutvekslingen kan forberedes. Forskningsspørsmålet var om informasjon fra tidligere legebesøk hos annen lege var tilgjengelig ved nåværende besøk.

Studien ble gjennomført som en multisenter prospektiv studie, og inkluderte pasienter som var utskrevet fra medisinske og kirurgiske sentre ved 11 sykehus i Ontario i 5 byer. Inklusjonskriterier var at pasientens kognitive ferdigheter var usvekket, at pasienten hadde telefon og hadde underskrevet samtykkeerklæring. Pasientene som ble inkludert i studien skulle ha oppsøkte minst 2 forskjellige leger i løpet av 6 måneder etter utskriving. Før utskrivingen ble pasientene intervjuet og pasientens faste lege ble klarlagt.

Av totalt 5035 pasienter som i første omgang ble innrullert i studien, fulgte 3250 pasienter studien hele veien og ble inkludert i analysen. Inkluderte pasienter hadde til sammen 39 469 kombinasjoner av tidligere besøk og aktuelt legebesøk.

Hver pasient ble kontaktet per telefon 1, 3 og 6 måneder etter utskriving for å identifisere dato og lege ved alle pasientens legebesøk etter utskrivingen. Innsamlingen av data ble gruppert i tre.

1. Ved hvert legebesøk overleverte pasienten et skjema med spørsmål til den oppsøkte legen. Legen ble bedt om å skrive ned alle andre legebesøk pasienten hadde hatt, som legen var blitt informert om, ved telefon, notat eller lignende.

Det ble ikke stilt spørsmål om detaljer ved besøket. Legen skulle returnere svaret per en forhåndsbetalt konvolutt.

2. Dersom studieteamet ikke mottok svar på skjema innen to uker, ble et nytt og annet spørreskjema sendt til den aktuelle legen. På dette skjema var dato for alle pasientens legebesøk til andre leger etter utskrivelsen listet opp, og legen ble spurt om data fra disse besøkene hadde vært tilgjengelig for legen under pasientens besøk.
3. Dersom studieteamet ikke mottok svar på dette andre spørreskjema innen fire uker, ble legen ringt opp per telefon. Legen eller annet kontorpersonell ble spurt om informasjon om aktuell pasient fra tidligere besøk hos andre leger hadde vært tilgjengelig ved pasientens besøk.

Opplysninger om eventuelle besøk i akuttmottak og reinnleggelser ble ikke inkludert i studien.

Samlet viste studien at informasjon fra tidligere legebesøk var tilgjengelige ved 22 % av besøkene. Pasientens demografiske forhold og medisinske faktorer viste seg å ha liten innflytelse på om informasjon var tilgjengelighet. Type lege pasienten oppsøkte viste seg å ha sterk innflytelse på tilgjengeligheten, men tilgjengeligheten var forskjellig om det gjaldt et tidligere besøk eller aktuelle besøk.

Det var mer sannsynlig at informasjon ville være tilgjengelig hvis den aktuelle legen var familielege (ikke spesialist) eller en lege som hadde behandlet pasienten før sykehusinnleggelsen. Men; det var mindre sannsynlig at tidligere informasjon ville være tilgjengelig dersom den tidligere legen var en familielege eller en lege som hadde behandlet pasienten tidligere. Sannsynligheten for at informasjon ville være til stede ved aktuelt besøk var der den aktuelle lege også tidligere hadde mottatt informasjon om pasienten fra tidligere lege.

Studien konkluderte med at det var liten sjanse for at informasjon ble utvekslet mellom leger som behandlet den samme pasienten, og at utveksling av informasjon kan bli forbedret hvis informasjon fra familielege og fastlege mer systematisk blir gjort tilgjengelig for andre leger.

3.2.4 Manglende klinisk informasjon ved besøk i primærhelsetjenesten

Studien *Missing Clinical Information During Primary Care Visits* viser til rapporteringer fra primærhelsetjenesten om manglende klinisk informasjon (Smith m.fl.). Studien er en kvantitativ og omfattende studie som omfattet 32 primærhelsetjenesteklinikker innen State Networks of Colorado Ambulatory Practices and Partners (SNOCAP). Klinikker med bare en kliniker ble holdt utenfor studien av anonymitetshensyn. Vider ble personell som hadde vært i klinikken i mindre enn ett år holdt utenfor, med den begrunnelse at det var usannsynlig at disse var kjent med hvordan informasjonssystemet ble praktisert.

Dataene til studien ble samlet inn ved en 2 delte spørreundersøkelse. Den første delen innebar at klinikerne ved hvert pasientbesøk skulle fylle ut et anonymt spørreskjema med variabler som omfattet

- opplysninger om pasienten (alder, kjønn, om pasienten var innflyttet til USA siste 5 år, antallet nåværende medisinske problemer),
- om konsultasjonen var pasientens første hos denne legen eller om legen var pasientens faste lege,
- om det eksisterte kommunikasjonsproblemer ved konsultasjonen (språk, kognitiv svekket pasient, pasient med utviklingshemning etc.), og
- pasientens opphav (hvit, sort, asiatisk, innfødt amerikaner, Hispanic etc.).

Ovennevnte opplysninger ble innhentet for å kunne vurdere om noen av dem kunne knyttes til manglende tilgjengelig informasjon.

Dernest skulle informantene besvare spørsmål om det eksisterte informasjon om pasienten som var viktig for helsehjelpen, men som ikke var tilgjengelig for legen. Det ble stilt spørsmål om den manglende informasjonen var begrunnet i forhold som lå utenfor eller innenfor virksomheten, blant annet for å kunne identifisere feilplasserte pasientnotater eller svikt i informasjonssystemet i egen virksomhet.

Dersom informantene svarte at det manglet informasjon skulle ytterligere spørsmål besvares, blant annet om

- type manglende informasjon,
- om informasjonen mest sannsynlig fantes utenfor eller innenfor egen virksomhet,
- om pasientbehandlingen ble forsinket på grunn av den manglende informasjonen eller om pasienten hadde behov for ytterligere tjenester, og
- om legen eller legens medarbeider hadde gjort forsøk på å fremskaffe den manglende informasjonen og om tiden de hadde brukt på dette.

Avslutningsvis skulle de svare på om den manglende informasjonen hadde negativ innvirkning på pasientens helse.

På det andre spørreskjema skulle informantene opplyse om egen demografisk tilknytning og rolle. De skulle også beskrive om de brukte papirjournal, delvis elektronisk og delvis papirjournal eller full elektronisk journal.

253 kliniker i 32 praksiser besvarte spørreskjemaene, som omfattet 1614 pasientbesøk. Åtte av disse var etablert i landlige områder, mens 24 praksiser var etablert i by eller i bynære strøk. Seks praksiser som til sammen representerte 34 klinikere deltok ikke i undersøkelsen. Det ble anslått at de 253 deltakende klinikere representerte 71 % av årsverkene i nettverket. Av 253 klinikere var det 7 som ikke fullførte

spørreundersøkelsen. Dette omfattet femtien pasientbesøk. Klinisk informasjon fra 1563 pasienter var tilgjengelig for analyse.

Pasientgruppen var likefordelt med hensyn til alder. Kvinner (65,1 %) var bedre representert enn menn (34,3 %). 74,6 % av pasientene var hvite. 33,3 % var av spansk opprinnelse. Mer enn halvparten av pasientene hadde mer enn et medisinsk problem. De fleste pasientene (86,1 %) hadde vært hos legen tidligere. De fleste informantene var familieleger.

Manglende informasjon ble funnet å foreligge ved 220 av i alt 1614 legebesøk (13,6 %). Type manglende informasjon inkluderte:

- laboratorieresultater (6,1 %)
- brev /diktater (5,4 %)
- resultater fra radiologiske undersøkelser (3,8 %)
- pasienthistorie og fysiske undersøkelser (3,7 %)
- medikamentbruk (3,2 %)

I 97 (44,0 %) av disse tilfellene ble det rapportert at den manglende informasjonen hadde negativ innvirkning på pasientens helse. Klinikerne antok at den manglende informasjonen eksisterte utenfor egen virksomhet i 57 % av tilfellene. I mer enn halvparten av gangene (125 besøk) var det blitt gjort forsøk på å innhente informasjon. Ved 45 av disse besøkene hadde leting etter manglende informasjon tatt minst 5 minutter.

Klinikerne antok at manglende informasjon sannsynligvis resulterte i forsinket helsehjelp og at minst 1 dupliserende undersøkelse ble gjort i 59,9 % i disse tilfeller.

Innen en bestemt praksis var det bare 81 % enighet om hvordan en skulle klassifisere informasjonssystemet som ble brukt. Av den grunn ble type informasjonssystem vurdert både ut fra svaret til en enkelt kliniker, og ut fra en sammenfatning av alle klinikers svar innenfor virksomheten.

17 klinikere svarte at de hadde et fullstendig elektronisk system. Sammenlignet med informantene som rapporterte at de hadde et hybrid¹⁴ elektronisk system eller papirjournal, var det mindre sannsynlig at klinikere som rapporterte at de hadde et fullstendig elektronisk system ville mangle data, mens rapportering om et delvis elektronisk system ikke ga en forskjell.

Dersom en ikke så på den enkelte kliniker isolert, med samlet rapporteringene fra alle klinikere innen en virksomhet, fant en ikke slike fordeler ved et fullstendig elektronisk

¹⁴ Hybrid: fremkommet ved sammensetning av flere elementer

system. Den manglende informasjon ble formodet å ligge i forhold utenfor det kliniske systemet, heller enn i det.

I studien forklares dette med at forskjellen i den individuelle tilbakemelding kan indikere at kjennskap til hvordan et informasjonssystem kan brukes er en bedre indikator på effektiv informasjonsbehandling enn bare det blotte nærvær av et elektronisk system.

Det ble ikke funnet forskjeller knyttet til pasientens rase eller etnisitet

I artikkelen påpekes noen svakheter som kan være verdt å nevne.

- Angivelse av ”*manglende informasjon*” som ”*informasjon som er viktig for ytelse av omsorg for pasienten*” gir stort rom for tolkning. En slik angivelse kan bety informasjon som er viktig og som det haster med å vite, og det kan bety viktig informasjon, men som ikke er helt nødvendig der og da.
- Klinikerne fikk ikke ytterligere informasjon om hvordan betegnelsen negativ helseeffekt skulle oppfattes. Uttrykket negativ helseeffekt kan i følge artikkelen tolkes til å omfatte alt fra mindre uleilighet til økte økonomisk kostnader og faktiske fysiske skader.
- Det ble ikke bekreftet i studien om den rapporterte manglende informasjonen faktisk eksisterte, og dersom den eksisterte, om hva som var årsaken til at informasjonen ikke var tilgjengelig.

3.2.5 En samarbeidskjede i uttakt

Artikkelen ”*A collaborative chain of phase*” av B. Paulsen m.fl. [33] redegjør for en studie hvis hensikt er å undersøke hindringer for samarbeid mellom sykepleiere i sykehus og kommunal pleie ved utskrivning av pasienter fra sykehus til helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Studien omfatter pasienter som trenger videre oppfølging etter utskrivningen.

Studien ble utført i to etapper. Først ble det gjennomført dybdeintervjuer av sykepleiere i sykehus og sykepleiere i kommunens helse- og omsorgstjeneste. På bakgrunn av disse ble det utarbeidet spørreskjemaer, som ble distribuert til et representativt utvalg av norske kommuner for å studere representativiteten av de viktigste funnene fra intervjuene.

Funn og konklusjoner

Kommunale sykepleiere rapporterte at den informasjonen de fikk fra sykehusavdelinger vanligvis ikke var tilstrekkelig for en komplett forståelse av en pasients behov. Formelle utskrivningsrapporter fra sykehuset fungerte mer som en formell ettergodkjenning av informasjon innsamlet av kommunale sykepleiere i ad hoc møter og via muntlig kommunikasjon. Vanligvis var de formelle informasjonsrutiner ikke tilpasset den informasjonen som trengs av kommunale helsearbeidere.

Forfatterne fremfører at i utgangspunktet synes ansvars- og arbeidsfordelingen mellom sykehusets og kommunens helse- og omsorgstjeneste grei, men at praksis viser at overlevering av ansvar fra én gruppe til en annen kan være vanskelig og av og til forårsake konflikter [33].

Studien viste at omtrent halvparten av sykepleierne i kommunene de undersøkte følte at sykepleierne på sykehuset regelmessig prøvde å overprøve dem. Tabellen nedenfor viser resultatene fra studien på spørsmål om sykepleierne på sykehus prøver å påvirke avgjørelsene til sykepleierne i den kommunale omsorgstjenesten. Svarene er gitt i antall kommunale sykepleiere og i (%).

	Alltid/veldig ofte	Veldig sjelden/aldri	Vet ikke	Totalt
Sykepleierne på sykehuset går for langt i å prøve å påvirke nivået av omsorgen som tilbys av sykepleierne i den kommunale omsorgstjenesten	71 (49)	77 (50)	7 (5)	155
Sykepleierne på sykehuset gir pasientene forventninger til den kommunale omsorgstjenesten som vi ikke klarer å oppfylle	89 (57)	60 (39)	6 (4)	155

Studien konkluderte med at informasjonen fra sykehuset gitt ved utskrivning av en pasient verken var tilstrekkelig eller riktig med hensyn til informasjonsbehovet til sykepleiere i kommunal omsorg. Organisatoriske tiltak og bruk av informasjonsteknologi kan lette noen hindringer, men flere problemer vil forbli på grunn av forskjeller i faglig orientering og sammenhengen omsorgen leveres i.

3.3 Kommunikasjon

3.3.1 Kommunikasjon og samhandling

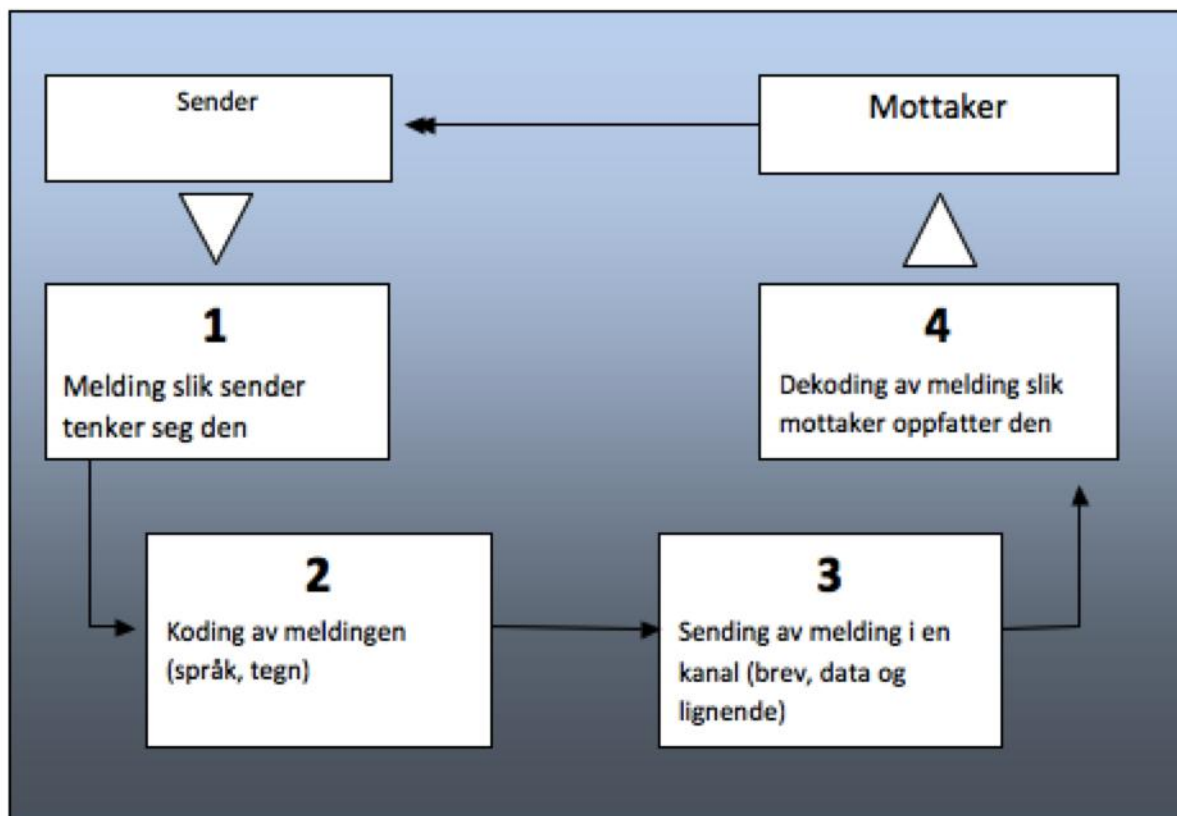
Samarbeid og koordinering av arbeidsoppgaver krever kommunikasjon av informasjon mellom samarbeidende aktører. En måte å definere kommunikasjon på er:

kommunikasjon er den prosessen der personer eller grupper sender eller utveksler informasjon

Fokus settes på overføring av informasjonen. D.I. Jacobsen og J. Thorsvik fremhever at kommunikasjon ikke bare er overføring av informasjon, men også overføring av ideer, holdninger og følelser fra en person eller en gruppe til en annen [34].

3.3.2 Kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjonsprosessen kan visualiseres ved en skisse eller oppsett av handlinger hvor informasjon overføres fra en sender til en mottaker.



Prosesen starter ved at sender har et budskap han eller hun skal formidle til en mottaker(e) (1). Sender formulerer eller uttrykker (koder) budskapet gjennom ord, tegn eller lignende (2). Sender vurderer og bestemmer seg for hvordan budskapet best kan overføres; velger kanal. Et brev, rapporter eller lignende kan sendes per post, faks, e-post etc. Muntlig informasjon kan formidles ved møte ansikt til ansikt, over telefon,

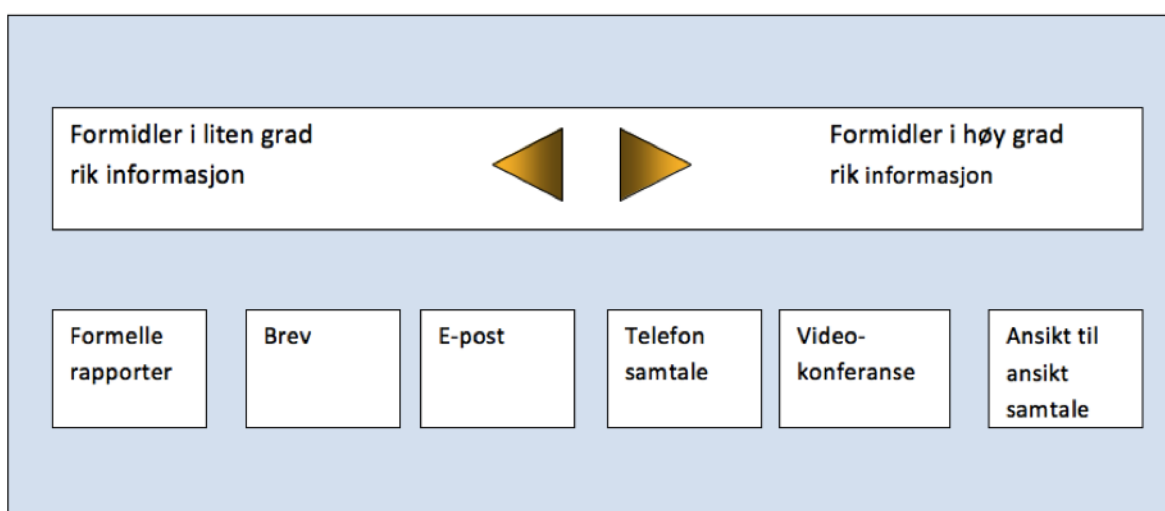
skype (internett) eller lignende (3). Ved mottak må mottakeren dekode eller tolke budskapet (4). Kommunikasjonen kan sies å være effektiv dersom mottaker tolker budskapet i samsvar med senders intensjon. Siste ledd i kommunikasjonen er at mottaker tilbakemelding til sender innholdet i budskapet han eller hun har mottatt. Mottaker blir da sender av informasjonen. Denne sendingen omfatter de samme handlinger 1 til 4, som skisseres ovenfor. Der partene kommuniserer med hverandre over tid kan en part ha begge roller samtidig og skille mellom mottaker og sender kan viskes ut. [34]

3.2.3 Kommunikasjonskanaler

Kommunikasjonsprosessen ovenfor viser at når vi skal formidle informasjon til andre, må vi velge kanal for overføringen. Tradisjonelt har det vært vanlig å skille mellom kanaler for muntlig informasjon (telefon og ansikt til ansikt) og skriftlig informasjon (brev, rapporter og lignende).

En svakhet ved skriftlig kommunikasjon er at den gir begrenset mulighet til å formidle ”rik informasjon”, med det menes at det er begrenset hvor mye informasjon en kan overføre i en melding. Ansikt til ansikt informasjon formidler informasjon både verbalt og ikke verbalt, gjennom kroppsspråk, blick, stemningsleie etc. Generelt kan en si at en kanal gir mulighet for å formidle ”rik informasjon” når den 1) kan overføre mange signaler samtidig, 2) gir mulighet for rask tilbagemelding, 3) gjør at sender og mottaker kan være personlige og tilpasse meldingen til hverandre, slik at eventuelle misforståelser og tvetydigheter kan lettere oppdages oppklares. [34] Elektronisk informasjons- og kommunikasjonsteknologi som e-post, chat, felles databaser, nettmøter, video- og telefonkonferanser etc. har økt antallet kommunikasjonskanaler.

Skisse av ulike kanalers evne til å formidle rik informasjon:



Utviklingen av elektronisk informasjons- og kommunikasjonsteknologi har i mer eller mindre grad opphevet kommunikasjonens avhengighet i tid og rom. Med tidsuavhengig informasjon menes at kommunikasjonskanalen tillater at to eller flere kommuniserer med hverandre uten at de nødvendigvis er til stede samtidig. E-post er et eksempel på en tidsuavhengig (asynkron) kommunikasjonskanal; en e-post kan leses uavhengig av når den ble sendt. Den tradisjonelle telefonsamtalen er et eksempel på synkron kommunikasjonskanal. Romuavhengig kommunikasjonskanal betyr at de som kommuniserer ikke trenger å være fysisk til stede i samme rom.

En vurdering av hvordan en kommunikasjonskanal fungerer kan deles opp i fem dimensjoner:

- Hurtighet, hvor rask tilbakemelding mottaker kan gi sender.
- Rikhet, i hvilken grad kanalen kan formidle ulike typer informasjon (ord, kroppsspråk og lignende).
- Parallellitet, i hvor stor grad kanalen tillater at man har flere samtaler samtidig.
- Forberedelse, det vil si i hvor stor grad sender har tid til å tenke gjennom meldingen før den sendes.
- Lagring, i hvor stor grad kanalen tillater at informasjonen som sendes og mottas, lagres og kan hentes frem igjen.

Tabell over tre kommunikasjonskanalers fortrinn langs fem dimensjoner:

	<i>Hurtighet</i>	<i>Rikhet</i>	<i>Parallellitet</i>	<i>Forberedelse</i>	<i>Lagring</i>
<i>Ansikt til ansikt</i>	Høy	Høy	Lav	Lav	Lav
<i>Web møte/ Chat</i>	Høy	Lav	Høy	Høy	Høy
<i>E-post</i>	Lav	Lav	Høy	Høy	Høy

3.2.4 Formell versus uformell kommunikasjon

Formell kommunikasjon omfatter alle planlagte ordninger og opplegg for formidling av informasjon som er relatert til organisasjonens styringssystemer og etablerte ordninger. All kommunikasjon som ikke er formell kommunikasjon omtales som uformell kommunikasjon [34].

Formell kommunikasjon

Formell kommunikasjon kan inndeles i vertikal kommunikasjon og horisontal kommunikasjon. Kommunikasjon oppover og nedover i en organisasjon, mellom leder og ansatt eller arbeidsgiver og ansatt, som følger autoritetshierarkiet, betegnes som vertikal kommunikasjon. Kommunikasjon mellom personer som har samme status på samme hierarkiske nivå betegnes som *horisontal* kommunikasjon.

Studier viser at det er mer utstrakt informasjon mellom ansatte innen en formell organisasjonsenhet enn det er mellom grupper i ulike organisasjonsenheter. Kommunikasjonsmengden avtar betraktelig når man krysser en formell grense som skiller mellom ulike avdelinger eller kontorer:

Jo sterkere avhengigheten er, desto viktigere blir det at også den formelle strukturen legger til rette for god og effektiv horisontal kommunikasjon gjennom ulike former for tverrgående forbindelser [34].

Uformell kommunikasjon

Uformell kommunikasjon foregår hele tiden der medarbeidere møtes; et møte i gangen, på skyllerommet, i garderoben, over en kaffekopp, i kantinen etc. Formell kommunikasjon kan beskrives som en råvare for den uformelle kommunikasjonen; den formelle kommunikasjonen kan angi tema som det spinnes videre på i uformell kommunikasjon. På denne måten kan formell og uformell kommunikasjon spille sammen. Uformell kommunikasjon er derfor et viktig supplement til den formelle kommunikasjonen. Uformell kommunikasjon kan skape gode relasjoner mellom de som kommuniserer, fremmer tillit og kan også gi grobunn for gode læringsforhold [34].

Når ansatte prater med hverandre om hva de har erfart, stimuleres den enkelte til å reflektere omkring hva det som han eller hun forteller til kollegaer egentlig betyr. Ofte gir uformell kommunikasjon en mulighet til å snakke om hva som har skjedd, og om noe burde vært gjort annerledes.

Etter hvert som praten går omkring hverandre erfaringer, settes informasjon fra flere sammen.

3.3.5 Kommunikasjonsproblemer

Kommunikasjonsproblemer oppstår når den aktuelle aktøren ikke mottar den informasjonen han eller hun mener å ha behov for. I teorien er det vanlig å skille mellom tre typer kommunikasjonsproblemer:

- problemer i kommunikasjonsprosessen
- man mottar for mye informasjon
- noen i organisasjonen holder bevisst tilbake eller manipulerer med informasjon

Problemer i kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjonsproblemer kan både oppstå når sender skal kode meldingen, når meldingen formidles gjennom den kanalen som sender har valgt, og når mottaker dekode meldingen.

Den første utfordringen for sender er å finne de riktige ordene, kode meldingen riktig og på en måte som mottaker kjenner. Når personer med ulik utdannelse og erfaring

kommuniserer kan problemer oppstå fordi personene har ulike måter å uttrykke seg på, bruk av fagsjargong etc.

Kommunikasjonsproblemer knyttet til kanalvalg kan ha grobunn i at:

- kanalen kan være uegnet for den meldingen en ønsker å formidle, slik at viktig informasjon ikke når frem til mottaker
- kanalen kan begrense mulighetene for tilbakemelding, slik at det hemmer toveiskommunikasjon der det er ønskelig
- kanalen kan omfatte flere aktører slik at manipulering og endring av informasjonen kan finne sted

Kommunikasjonsproblemer knyttet til dekodning av en melding er mange av de samme som sender har ved koding av meldingen. Hvordan selger koder meldingen har stor betydning for hvordan mottaker tolker den. Mottakerens oppmerksomhet og erfaringsbakgrunn vil influere på mottakers oppfatning. Forskning viser at tillit er avgjørende for at partene som kommuniserer skal forstå hverandre slik den enkelte ønsker at informasjonen skal oppfattes [34].

Problemer knyttet til for mye informasjon

Studier viser at for mye informasjon kan ha negative effekter på det enkelte individ ved at det opplever stress, lite kontroll over arbeidsdagen eller tap av overordnet perspektiv. Forskning viser tre typer vanlige reaksjoner på for mye informasjon:

- man blir mer overfladisk i sin søken etter informasjon, og har tendens til å godta den første informasjonen man finner som god nok
- man behandler informasjonen mer overfladisk, enten ved at den underkastets et mindre kritisk blikk eller ved upresise og uklare analyser
- man lar være å forholde seg til informasjonen, lar den ligge

Dette kan føre til at man mister viktig informasjon, tolker den feil eller at viktige ting ikke gis oppmerksomhet.

Problemer knyttet til tilbakeholdelse av informasjon

Kommunikasjonsproblemer kan oppstå av at noen velger bevisst å holde tilbake informasjon av betydning for å oppnå et bestemt resultat.

3.3.6 Kommunikasjon og beslutningsprosesser

Kommunikasjon er avgjørende for informasjonsgrunnlaget når organisasjoner, som et sykehus eller et sykehjem, utvikler visjoner og mål, fastsetter retningslinjer etc., og når helsepersonell treffer beslutning om helsehjelp. Dersom kommunikasjonstilgangen svikter eller blir mangelfull kan man komme i fare for å treffe beslutninger som er dårlig tilpasset den konkrete situasjonen; som den enkelte pasient.

4 Regelverk, andre styringssignaler, noen erfaringer

4.1 Innledning

Selv om litteraturgjennomgangen i kapittel 3 viser at rettslige og finansielle virkemidler ikke alltid er sterke og fører til måloppnåelse, er de blitt ansett som sentrale for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten/helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Ved innføring av samhandlingsreformen 1. januar 2012 trådte to nye lover i kraft; lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). I tillegg ble det gjort mindre endringer i blant annet spesialisthelsetjenesteloven og helseregisterloven, og pasientrettighetsloven ble endret til pasient- og brukerrettighetsloven. Nedenfor redegjøres kort for relevant regelverk og andre styringssignaler av betydning for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse – og omsorgstjenesten i kommunen. Omtalen tar ikke sikte på å være uttømmende.

4.2 Ny kommunerolle

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester skal skje i kommunen. Et sentralt poeng i reformen er at kommunene skal se helse- og omsorgstjenesten i sammenheng med andre samfunnsområder der de har oppgaver og ansvar, jf. § 3-4. Ved behov for tjenester skal BEON (best effektive omsorgsnivå) prinsippet legges til grunn.

Oppgavefordeling og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten skal klargjøres i forpliktende samarbeidsavtaler, der lokale forhold vil være premissleverandør. Målsettingen er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud av helse- og sosialtjenester. I § 6-2 er det gitt minimumskrav til avtalens innhold. Dette omfatter blant annet

- enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- retningslinjer for innleggelse i sykehus
- retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- samarbeid om IKT - løsninger lokalt

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal veileder som utdyper hva avtalen bør omfatte.

4.3 Spesialisthelsetjenesten skal utvikles

Det er en ambisjon i Samhandlingsreformen at spesialisthelsetjenesten skal styrkes slik at den kan levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen.

En fremtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte [16].

Spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt

En viktig forventning til spesialisthelsetjenesten er at den skal bidra til kunnskapsoppbygging og -utvikling i kommunen. Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 lyder:

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. En grunnleggende forutsetning i samhandlingsreformen er at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester skal dempes ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. [35]

Helse – og omsorgsdepartementet sendte 1. juli 2013 ut et rundskriv som redegjør for innholdet i plikten og gir eksempler på hvordan plikten kan oppfylles. Rundskrivet påpeker at plikten påligger det enkelte helsepersonellet, og derfor først og fremst gjelder veiledning om helsemessige forhold vedrørende enkeltpasienter eller brukere. Videre fremgår at plikten i prinsippet også omfatter generell veiledning som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver.

Sentralt i veiledningsplikten er at:

- plikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om *helsemessige* forhold
- plikten er begrenset til *påkrevet* veiledning m.m.
- plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkelt pasienter og brukere, men kan også omfatte generell veiledning
- plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen
- lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig instrument for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres
- det kan ikke kreves vederlag for den veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

Veiledningsplikten er absolutt i den forstand at spesialisthelsetjenesten ikke kan unnlate å oppfylle den under henvisning til manglende ressurser eller stor arbeidsbelastning. Bistår derimot helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten i opplæring eller veiledning ved alminnelige oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2, vil dette ikke omfattes av veiledningsplikten.

Dette betyr at det må skilles mellom veiledning som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, som skal utføres vederlagsfritt, og der helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten bidrar i kompetanseoppbygging eller opplæring knyttet til gjennomføringen av grunnleggende oppgaver for helsepersonellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et eksempel på sistnevnte kan være opplæring/veiledning om forebygging og stell av ordinære liggesår. Et annet eksempel kan være opplæring i løfteteknikker. Dersom en pasient har en bestemt sykdom, eller det foreligger spesielle forhold som tilsier særskilte løfteteknikker/stell som det ikke kan forventes at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kjenner til, vil dette falle inn under veiledningsplikten.

4.4 Forskjellige ansvarssubjekter for spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformen angir ikke i detalj hvilke tjenester kommunen skal sørge for og hvilke tjenester de regionale helseforetakene (spesialisthelsetjenesten) skal sørge for. Kommunen har ansvaret for å yte de helse- og omsorgstjenestene som ikke saklig kan begrunnes eller angis som spesialisthelsetjeneste. Det fremgår av Prop. 91 L (2010–

2011) at det likevel ikke er en flytende grense mellom hva kommunens helse- og omsorgstjeneste har ansvaret for og hva helseforetakene har ansvaret for:

I de aller fleste tilfellene fremgår ansvaret klart av lov- eller forskrift.

Videre fremgår:

Lovteksten bør ha en fleksibilitet i utformingen som gjør at kommunens ansvar ikke vil være innskrenket av om det skjer en faglig og metodisk utvikling, for eksempel som følge av teknologiske endringer som kan medføre at flere oppgaver kan løses i kommunen. [12]

Det er vanskelig å lovregulere pasientforløpet til for eksempel en pasient med KOLS. Når starter eller stopper ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og når overtar spesialisthelsetjenesten ansvaret? I mange tilfeller vil helsehjelpen også gis vekselvis mellom de to tjenestenivåene. Disse spørsmålene vil vanskelig kunne besvares på et generelt og overordnet nivå i lovs eller forskrifts form.

Samhandlingsreformen legger opp til at lovpålagte lokale avtaler skal redusere eventuelle problemer som kan oppstå som følge av overlappende ansvarsflater mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.5 Økonomiske insentiver - finansiering

Økonomiske incentiver er innført for å understøtte ønsket oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. To samvirkende strategier er valgt, jf. forskrift 18. november 2011 nr. 1115:

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester¹⁵
- Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Formålet med forskriften er å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Kommunens betaling for utskrivningsklare pasienter som venter på kommunalt tilbud har i 2013 vært 4125 kroner per døgn og prisjusteres hvert år (Prop 1S (2012–2013)). Utskrivningsklar pasient er regulert i forskriften § 9:

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

¹⁵ Kommunal medfinansiering er per i dag ikke innført for rus og psykisk helsevern

- a) *problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) *øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) *dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*
- d) *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert*

4.6 Krav om kommunikasjonsprosedyrer

Forskriften om kommunal medfinansiering, jf. ovenfor, fastslår minstekrav til kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen. Det omfatter krav om

- varsel fra sykehuset til kommunen om innlagt pasient (forskriften § 8)
- varsel fra sykehuset til kommunen om utskrivningsklar pasient (forskriften § 10)
- melding fra kommunen til sykehuset når kommunen kan ta i mot pasienten (forskriften § 11)

Kommunen skal straks gi sykehuset beskjed om de kan ta imot pasienten. Sykehuset kan først overføre pasienten når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstilbud til pasienten er klart.

4.7 Epikrise

Forskriften om kommunal medfinansiering, jf. ovenfor, fastslår at epikrise eller tilsvarende informasjon skal sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp.

En epikrise gir en kort fremstilling av en pasients sykdomstilfelle, der det blant annet blir redegjort for årsak, utvikling, diagnostisering og behandling av sykdommen eller skaden hos pasienten. Hensikten med epikrisen er å bidra til forsvarlig oppfølging av pasienten. Innholdet i en epikrise skal derfor vurderes konkret med grunnlag i hvilke opplysninger som er nødvendige for at videre helsehjelp til pasienten kan ytes på en forsvarlig måte. En epikrise kan også inneholde opplysninger om komplikasjoner som kan inntreffe etter en behandling, eller faglige råd om videre oppfølging og behandling. [36].

Oversendelse av epikrise er en lovpålagt plikt, jf. helsepersonelloven § 45 a. Det er ikke nødvendig med samtykke fra pasienten, men pasienten kan motsette seg at epikrise sendes.

4.8 Utlevering av opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring

Helsepersonelloven fikk 14. juni 2013 en ny bestemmelse i § 29 c om helsepersonells tilgang til opplysninger i læringsarbeid og kvalitetssikring. Bestemmelsen fastslår at taushetsbelagte opplysninger etter særskilt anmodning kan gis til annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, dersom utleveringen er begrunnet i lærings- og kvalitetssikringshensyn. Utleveringsadgangen er begrenset til de opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet, og det skal dokumenteres i journalen hvem opplysninger har blitt utlevert til og hvilke opplysninger. Pasienten har rett til å motsette seg at opplysningene utleveres

Bestemmelsen kan være relevant for ansatte på sykehjem som yter helsehjelp til en pasient som blir innlagt på sykehus. I slike tilfeller kan personellet ut fra et lærings- og kvalitetssikringsperspektiv ha interesse av å få tilbakemelding fra sykehuset om de vurderinger, undersøkelser og behandlingstiltak som ble gjort ved sykehjemmet var korrekte.

4.9 Regjeringen Solbergs politiske plattform

Regjeringens Solbergs politiske plattform fremfører flere tiltak som kan få betydning for utviklingen av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen og gi bedre pasientbehandling. Det omfatter blant annet å

- følge opp enigheten mellom partiene under Stortingets behandling av samhandlingsreformen, herunder reversere kommunal medfinansiering,
- innføre kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren, blant annet basert på bruker- og pårørendeerfaringer,
- utrede lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg med sikte på innføring i perioden, jf. samarbeidsavtalen.
- etablere en norm/veileder for bemanning og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren,
- øke satsingen på velferdsteknologi. og
- ta initiativ til en forsøksordning med statlig finansiering for eldreomsorgen, som kommunene kan søke på. Forsøksordningen skal inkludere et begrenset antall kommuner, vare over tid og evalueres [37].

4.10 Erfaringer

Nedenfor omtales to rapporter som omtaler erfaringer fra samhandlingsreformen.

4.10.1 Hva har Samhandlingsreformen kostet så langt?

På oppdrag fra KS gjennomførte Norut Alta, i perioden 7. mai til 21. juni 2012 i samarbeid med Norut Tromsø, en spørreundersøkelse om samhandlingen i 86 utvalgte kommuner. Undersøkelsen ble supplert av en kvalitativ studie i 8 kommuner. Hensikten med undersøkelsen var å få kunnskap om hvilke tiltak kommunene hadde iverksatt i forbindelse med samhandlingsreformen, og kostnadene ved dette arbeidet [52].

Flere av spørsmålene og svarene er av interesse for min studie. Det gjelder blant annet spørsmålene om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger. Kun 26 kommuner (30 %) svarte ja på spørsmålet om de har et system på plass slik at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommunen og helseforetaket kan skje elektronisk. 60 kommuner (70 %) svarte nei på spørsmålet.

25 kommuner (42 %) svarte ja på at kommunen i løpet av 2010 og/eller 2011 har hatt kostnader for å få på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon mellom kommunen og helseforetak. 35 kommuner (58 %) svarte nei på spørsmålet. Det er også verdt å merke seg at samme antall svar ja henholdsvis nei på spørsmålet om det var satt av midler til dette formålet i 2012.

Et annet interessant funn var at alle de åtte kommunene som deltok i de kvalitative intervjuene hadde erfart at pasientene som ble skrevet ut jevnt over var sykere, og hadde større pleiebehov, enn pasientene hadde hatt ved utskrivninger før reformen. Så godt som alle kommunene mente også at det foregikk mer bortkastet arbeidstid nå, enn tidligere, blant annet på å forberede mottak av pasienter som var meldt utskrivningsklare, men som det siden var kommet endringsmelding på, fordi pasienten ikke kunne utskrives allikevel.

Kommunene opplevde også tidsbruk som kunne vært unngått fordi pasienter ble skrevet ut med dårlig informasjon om tilstand og behov for oppfølging, fordi epikrise manglet eller at pasienten ikke hadde fått med seg nødvendige resepter.

De fleste kommunene hadde også erfart at sykehusene ofte vurderte pasientene annerledes enn kommunene gjorde. Det gjaldt hvilke behov pasienten hadde etter at hun/han var skrevet ut fra sykehuset. Det kunne i følge rapporten ta en hel kveldsvakt å rydde opp i dette. Kommunene forklarte dette i stor grad med at system for elektronisk kommunikasjon manglet.

4.10.2 Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten

Det er en uttalt målsetting om at all skriftlig kommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten skal skje elektronisk [12]. Det er imidlertid mye som gjenstår før en kan si at målsettingen er oppfylt.

Norsk Helsenett SF gjennomførte oktober 2012 en kartlegging av bruk av elektronisk pasientjournal og elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjonstjenesten. 429 kommuner svarte på 14 spørsmål. I tillegg til kartleggingen av hver enkelt kommune ble det hentet ut informasjon fra Norsk Helsenetts meldingsteller. Telleren gir oversikt over hvem som sender meldinger, hvem som mottar meldinger og hvilke typer meldinger som sendes.

87 % av kommunene rapporterte at de bruker elektronisk pasientjournal i pleie- og omsorgstjenesten i stor grad. 3 kommuner rapporterte at de ikke bruker journalsystem i sitt daglige arbeid og 11 at de bruker det i liten grad.

Alle kommuner ble spurt om de hadde tatt i bruk pleie- og omsorgsmeldinger i samhandling med legekantor. 26 % av kommunene (110 kommuner) svarte ja på dette. Kun 12 kommuner rapporterte at de er i gang med elektronisk meldingsutveksling i samhandling med helseforetak, blant annet Oslo kommune. Men det er kun 8 helseforetak som har tatt i bruk disse meldingene. Oslo universitetssykehus er ikke blant disse.

Det er regjeringens mål at elektronisk meldingsutveksling er etablert mellom alle kommuner, helseforetak og fastleger innen 2014 [ref 17].

5 Relevante høringsforslag og utredninger

I dette kapittel omtales relevante høringsforslag og utredninger av betydning for utviklingen av elektronisk informasjonsteknologi som virkemiddel for samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Kapitlet innledes med en omtale av stortingsmeldingen *Èn innbygger – èn journal* og Helsedirektoratets hovedrapport *Utredning av Èn innbygger – èn journal*. Videre omtales høringsforslag om krav til bruk av standardiserte meldinger i helse- og omsorgstjenesten og krav om politisk behandling av kvalitetskrav i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Sist i kapitlet omtales høringsforslag til ny pasientjournallov [53] og Medikasjon – og kurveprosjektet i Helse Sør - Øst [41].

5.1 Meld. St. 9 (2012–2013) *Èn innbygger – èn journal*

Regjeringen Stoltenberg II la 30. november 2012 frem St. meld 9 (2012–2013) *Èn innbygger – èn journal - Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Meldingen fremfører tre overordnede målsettinger for IKT – utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

1. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Det gjelder gjennom hele behandlingsløpet, uavhengig av hvor pasienten mottar helsehjelp. Beslutningsstøtte til helsehjelp skal inngå i journalsystemet, som for eksempel hjelp ved valg og dosering av medisiner.
2. Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester. Regjeringen har som mål at hver enkelt skal ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutning om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig.
3. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

For å nå målene skal regjeringen satse på fire strategiske tiltak:

- 1 Utrede *Èn innbygger – èn journal*. Et integrert og helhetlig journalsystem skal gi helsepersonell, pasienter og brukere enklere tilgang til relevant informasjon, bidra til bedre samhandling og ressursbesparelser. Regjeringen skal igangsette et utredningsarbeid for å vurdere ulike løsninger.
- 2 Nye digitale tjenester for pasienter og brukere – ”Min helse” på nett. Informasjon om helse- og omsorgstjenester, som kvalitet, ventetider, tjenestetilbud og brukererfaringer skal gi innbyggerne mulighet til å ta reelle valg knyttet til eget behandlingsopplegg.
- 3 Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT- utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Felles målbilder og koordinerte handlingsplaner skal bidra til en mer sammenhengende IKT - utvikling slik at målene om elektronisk samhandling nås.

- 4 Igangsatte tiltak skal fullføres. Meldingen fremfører at det vil ta tid å nå målet om et felles nasjonalt journalsystem for hele helse- og omsorgssektoren. Meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal tas i bruk.

Stortingsmeldingen skisserer flere mulige løsningsalternativer for Én innbygger – én journal:

<p style="text-align: center;">I</p> <p>Alle journalopplysninger lagres ett sted, én nasjonal database, og benyttes av alle aktører i sektoren.</p> <p>Aktørene må koble seg til denne løsningen fra sine lokale systemer gjennom et standardisert grensesnitt.</p> <p>Aktørene kan selv velge hvilken programvare de vil benytte, så lenge krav til sikkerhet og funksjonalitet er ivarettat</p>
<p style="text-align: center;">II</p> <p>Virksomhetene beholder sine egne systemer og data lagres lokalt. Data hentes fra andre journalsystemer og presenteres som én samlet journal.</p>
<p style="text-align: center;">III</p> <p>Ett nasjonalt system med felles database og programvare. Alle aktører må bruke samme programvare.</p> <p>Enkelte faggrupper kan ha moduler og funksjoner tilpasset sine ulike behov.</p> <p>Med denne løsning vil ansvar for drift og utvikling flyttes bort fra den enkelte virksomhet og over på nasjonalt nivå.</p>
<p style="text-align: center;">IV</p> <p>Ett regionalt geografisk system med felles database og programvare. Alle aktører må bruke denne. Enkelte faggrupper kan ha moduler og funksjoner tilpasset sine ulike behov.</p>
<p style="text-align: center;">V</p> <p>Et null alternativ, med utgangspunkt i dagens IKT- arkitektur, oppgavefordeling og organisering.</p>

Helse- og omsorgskomiteen behandlet meldingen i Innst. 224 S (2012–2013). Stortinget sluttet seg til innstillingen 19. mars 2013.

5.2 Utredning av Èn innbygger – én journal

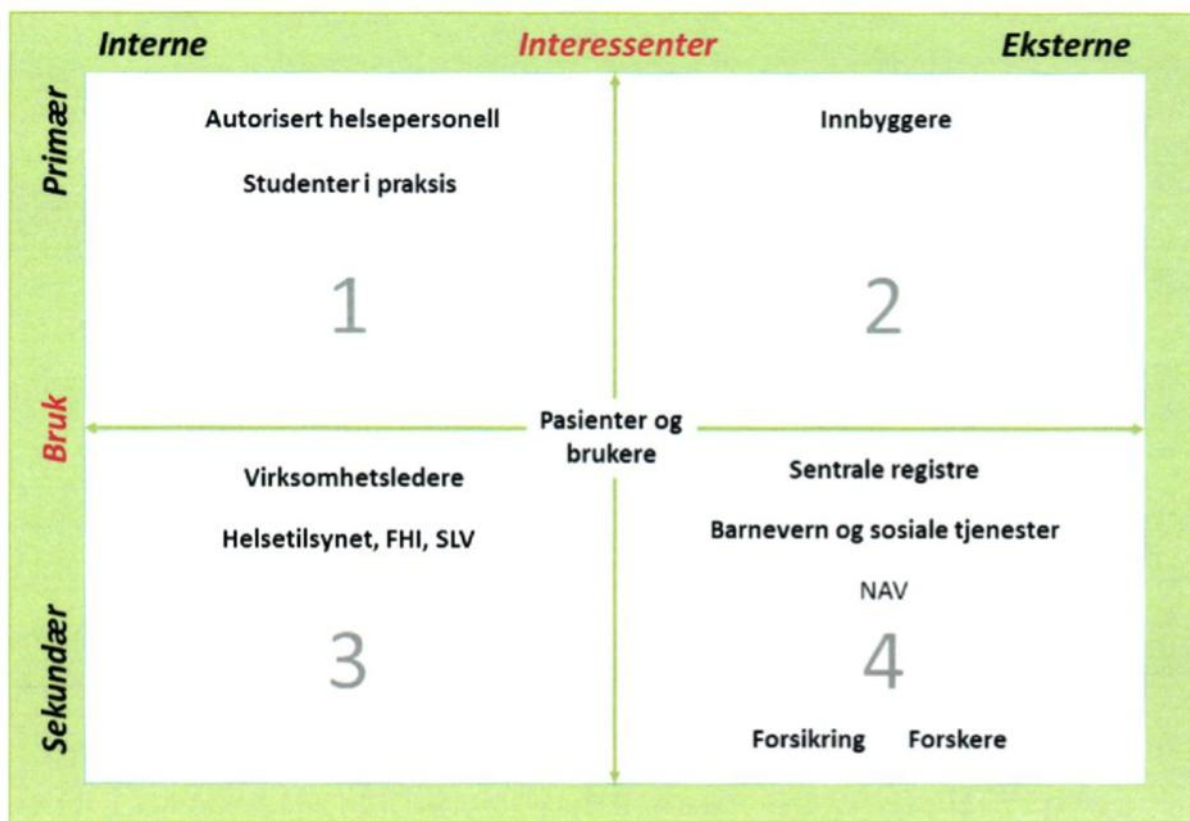
Helsedirektoratet la frem utredningen Èn innbygger - en journal i juni 2013.

Utredningen omtaler behov, strategi, mål og krav til IKT – utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og skisserer syv løsningsalternativer.

Utredningens utgangspunkt er at helse- og omsorgssektoren er stor, består av mange ulike typer virksomheter med forskjellige oppgaver. Sektoren har mange interessenter. I utredningen deles disse i interne, eksterne, primære og sekundære interessegrupper.

Interne interessenter er pasienter og ansatte i privat og offentlig helse - og omsorgstjeneste. Eksterne interessenter er personer og virksomheter som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, og mottar og gir informasjon til tjenesten.

Primærbrukere er personer som bruker journalsystemet for å opprette og vedlikeholde personidentifiserbar informasjon og sekundærbrukere er personer og virksomheter som henter ut informasjon fra journalsystemet til bruk for styring, beredskap og forskning eller som kommuniserer med helse- og omsorgstjenesten for andre formål. Figuren nedenfor skisser interessegruppene ut fra interne/eksterne interesser og primærbruker/sekundærbruker.



Overordnede behov

Med utgangspunkt i interessegruppene har utredningen identifisert syv overordnede behov. Disse er gjengitt i tekstboksen nedenfor.

1. Tilpasningsdyktige og robuste IKT systemer med rask og forutsigbar innføring av nye behov og krav. Systemene må være fleksible med hensyn til organisatoriske endringer og endringer i arbeidsprosesser. Gjelder interessegruppe 1, 2 og 3, jf. figuren foran.
2. Pasienter må være sikre på at sensitiv informasjon ikke tilflyter andre enn helsepersonell med tjenstlig behov. Tilgangsstyring må støtte opp om ivaretagelse av taushetsplikten, og alle oppslag må loggføres. Gjelder interessegruppe 1 og 2, jf. figuren foran.
3. Det må være tilgang til relevant informasjon om pasienten gjennom hele pasientforløpet, på tvers av virksomhetsområder, både for helsepersonell og pasienter. Behovene gjelder interessegruppene 1 og 2. Det er behov for å dele klinisk informasjon, blant annet
 - oppsummert sykehistorie og plan for oppfølging,
 - oppdatert medisinliste,
 - henvisninger, epikriser og prøvesvar,
 - funksjonsvurdering av pasienten, og
 - diagnose og kritisk informasjon.
4. For å sikre sammenhengende prosesser og forløp i tjenesten er det behov for IKT systemer som gir administrativt og klinisk prosesstøtte, på tvers av virksomhetsnivåer og for samhandling med pasienter. Gjelder interessegruppe 1, 2 og 3, jf. figuren foran.
5. For å sikre gode og likeverdige tjenester er det behov for enkelt tilgang til kvalitetssikret kunnskap som støtte i den daglige behandlings- og omsorgssituasjonen. Gjelder interessegruppe 1 og 2, jf. figuren foran.
6. Pasienter har behov for å kunne skrive i egen journal. Helsepersonell har behov for å kunne dokumentere løpende standardisert tekst og fritekst, der innholdet i stor grad er strukturert i henhold til felles kodeverk. (Gjelder alle interessegruppene).
7. For å styrke folkehelsen og bidra til kvalitet i tjenestetilbudet er det nødvendig med tilgang til registerdata for helseovervåking, beredskap, styring og forskning. (Gjelder alle interessegruppene).

Effektmål

Basert på behovene er det utredet fire overordnede effektmål, jf. skissen nedenfor. De fire målene vil ofte være sammenfallende, men ikke alltid. Effektmålene 1, 2 og 4 er knyttet til kvalitetsdimensjoner, mens effektmål 3 er knyttet til ressursbruk. Det fremføres i utredningen at høyere kvalitet på tjenesteproduksjonen normalt sett medfører høyere ressursbruk, mens lavere ressursbruk generelt sett medfører lavere kvalitet [38].

1. Tilstrekkelig systemmessig fleksibilitet over tid

Behov

Fleksible /tilpasningsdyktige IKT-systemer med rask og forutsigbar innføring ved nye behov og krav
(Staten/sektor)

2. Økt kvalitet, brukertilfredshet og pasientsikkerhet

Behov

Enkel og sikker tilgang til riktige og relevante pasient- og brukeropplysninger og digitale innbyggertjenester
(Helsepersonell og innbyggere)

3. Mer effektiv ressursbruk

Behov

Helhetlig og styrket IKT-støtte for alle brukere av digitale helseopplysninger og -tjenester
(Helsepersonell, samhandlere og innbyggere)

4. Styrket grunnlag for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester

Behov

Enkel og sikker tilgang til strukturert, riktig og relevant helseinformasjon
(Analytikere, beslutningstakere)

Løsningsalternativer

For at nå målene presenterer utredningen syv ulike løsningsalternativer:

Lokale løsninger

0 Dagens løsning

1a En videreutvikling av dagens løsning ved at det etableres en sentral forvaltet kommunikasjons- og integrasjonsløsning som muliggjør deling av utvalgt informasjon. Krever en kraftig integrasjonsløsning og en felles informasjonsplattform som vil inneholde en stor andel relevante journalelementer i strukturert form. Alt delt informasjon vil være kopier av masterinformasjon.

1b Hver enkelt virksomhet har egne systemer, men journalinformasjonen forvaltes i en nasjonal database. All informasjon lagres sentralt og er autoritær kilde.

Delvis lokal og delvis fellesløsning

2 Enkelte aktører, som for eksempel at helseforetak eller kommuner, kan etablere en løsning i fellesskap. En nasjonal integrasjonsløsning, som i 1a og 1 b for å ivareta behov for deling av informasjon med andre aktører.

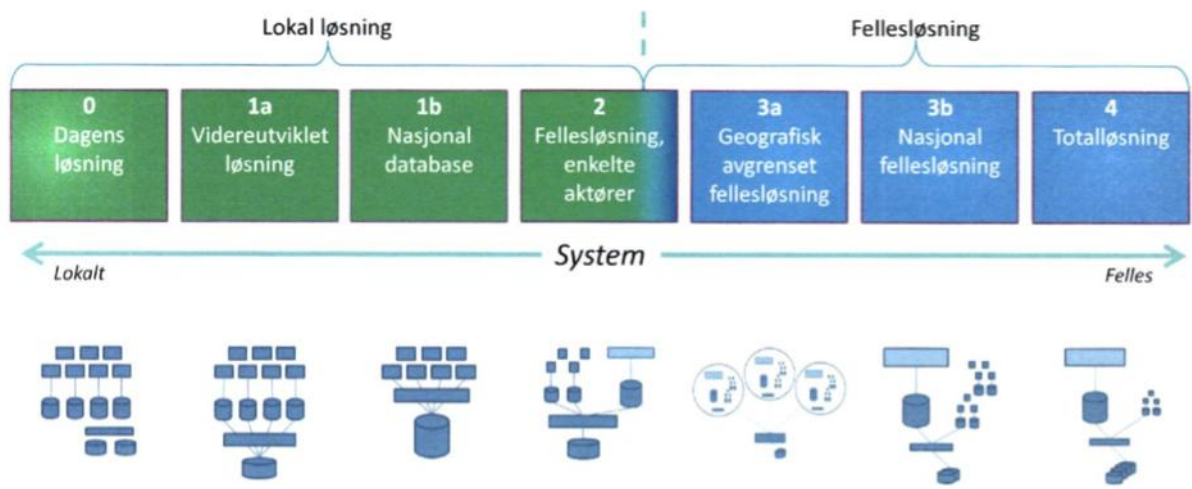
Fellesløsninger

3a Geografisk avgrenset fellesløsning. Hovedaktører innen et større geografisk og organisatorisk avgrenset område (helseforetak, helse- og omsorgstjenesten i kommunen, inkludert fastleger og legevakt) benytter samme løsning, som dekker mest mulig av aktuell funksjonalitet. Det kan i tillegg være behov for enkelte spesialsystemer.

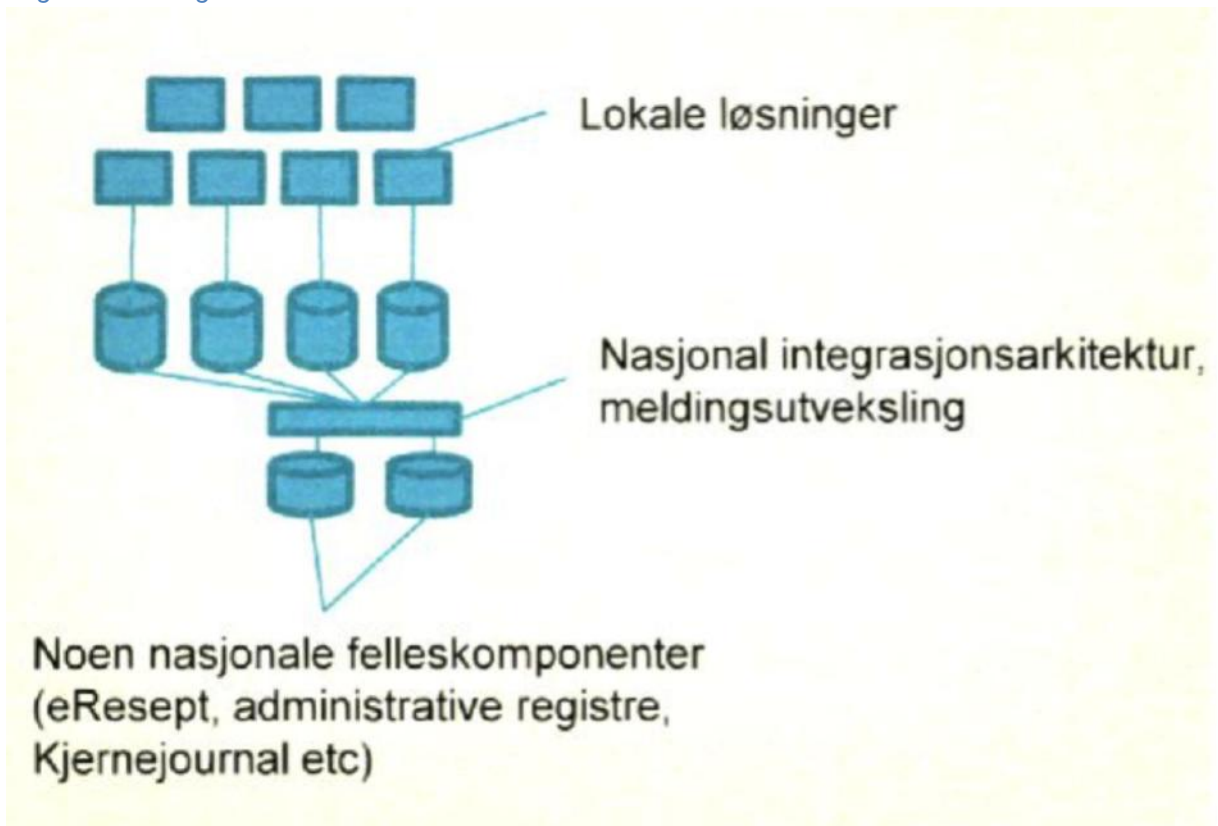
3b Nasjonal fellesløsning. Alternativet tilsvarer 3a, men omfatter hele nasjonen. Det kan etableres egne arbeidsflater for grupper med likeartede behov, for eksempel fastleger, men det kan også være behov for fagsystemer lokalt som tilrettelegger for mer spesialiserte behov. Disse kan integreres mot løsningen etter en godkjenning/sertifisering.

4 Totalløsning. Det etableres en felles løsning for alle aktørene innen helse- og omsorgstjenesten. Det kan etableres egne arbeidsflater for grupper med likeartede behov. Dette alternativet omfatter mer funksjonalitet enn alternativ 3b. For eksempel kan en del viktige fagsystemer være inkludert. Funksjonalitet for sentrale helseregistre og kvalitetsregistre vil være inkludert. Det må tas høyde for at det i tillegg kan være behov for fagsystemer innen spesielle områder, men disse vil være færre enn i alternativ 3b

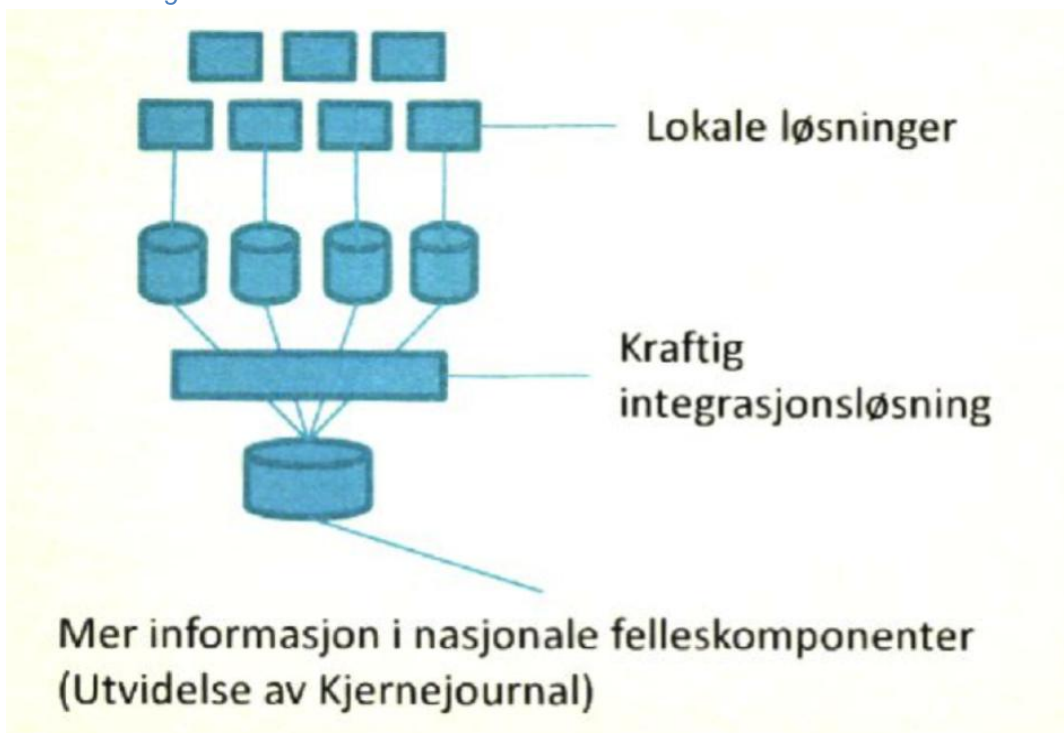
Skisse av løsningsalternativene:



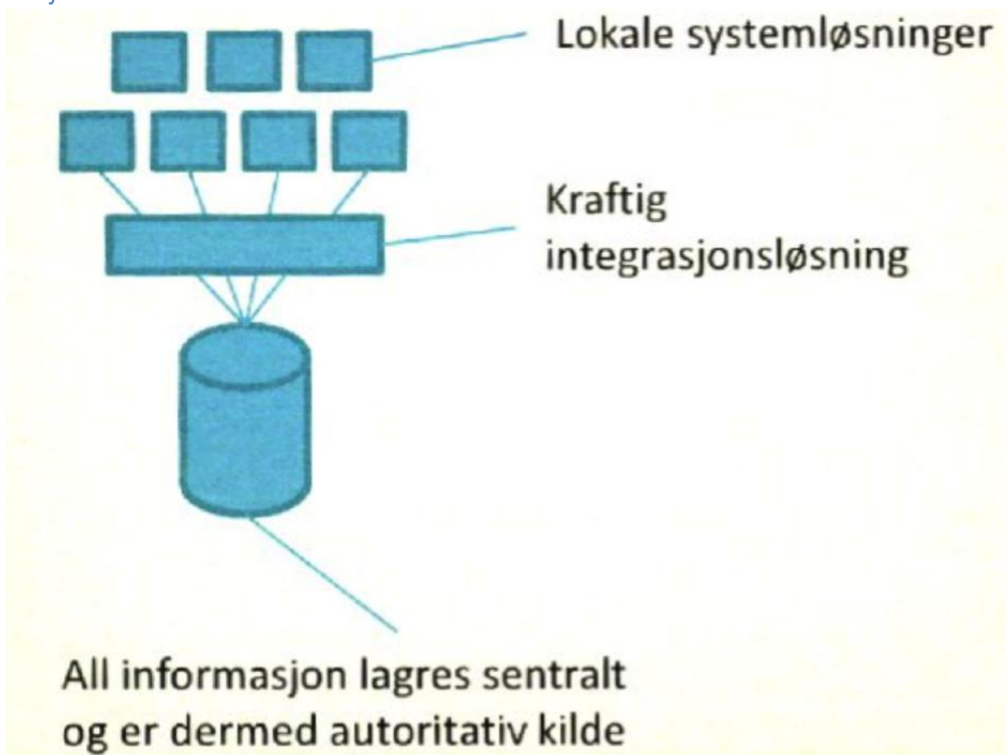
Dagens 0 løsning

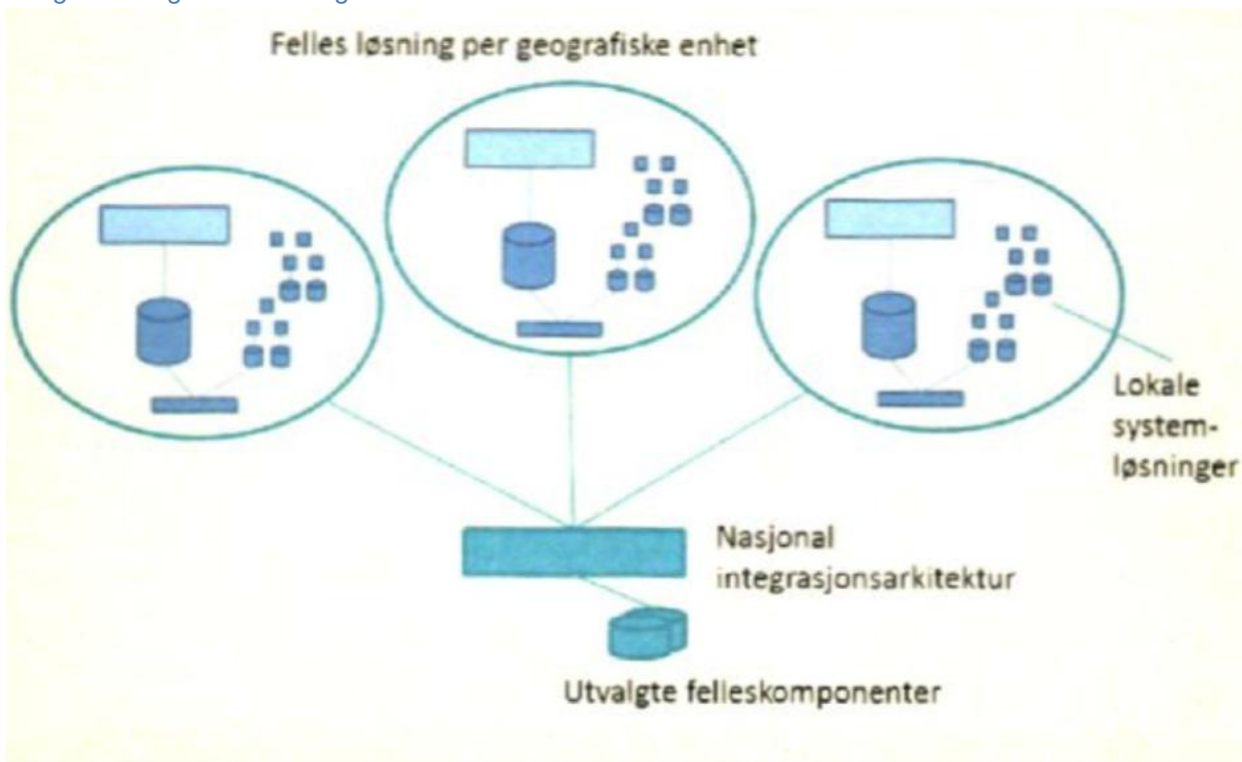
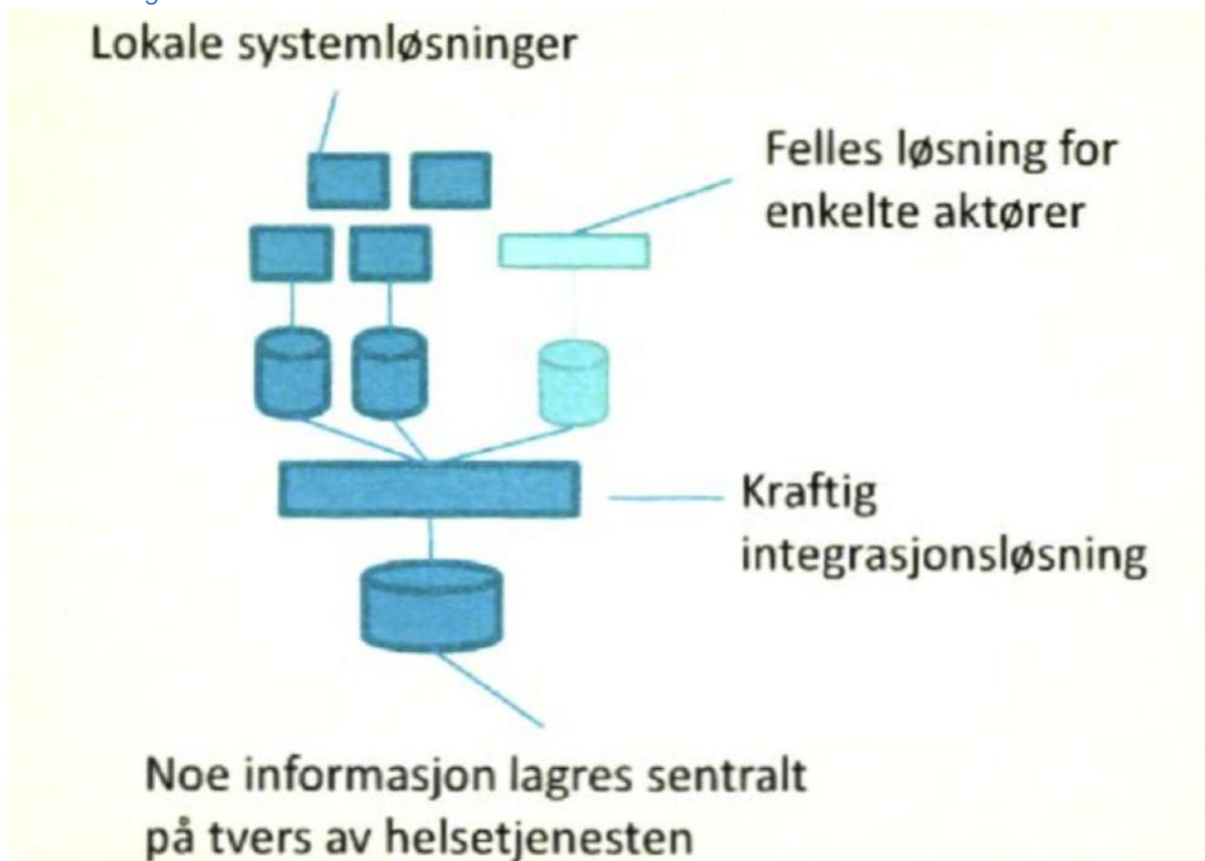


Utvidet løsning 1 a

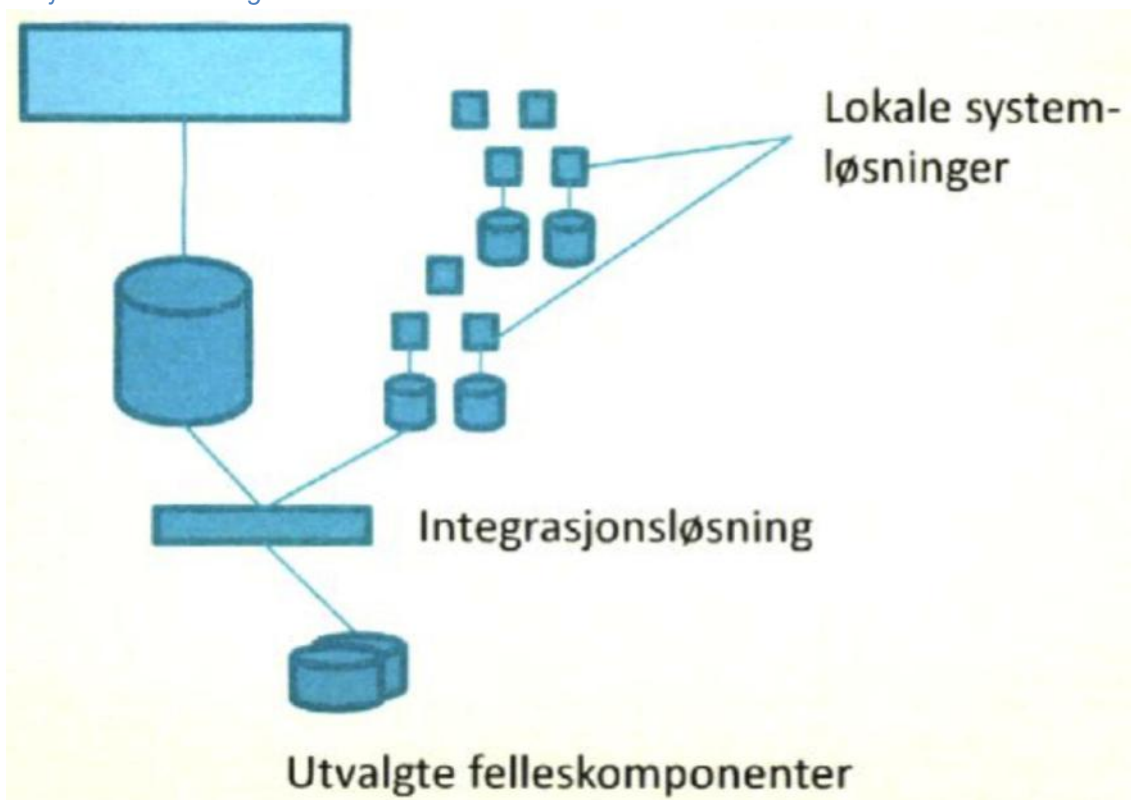


Nasjonal database 1 b

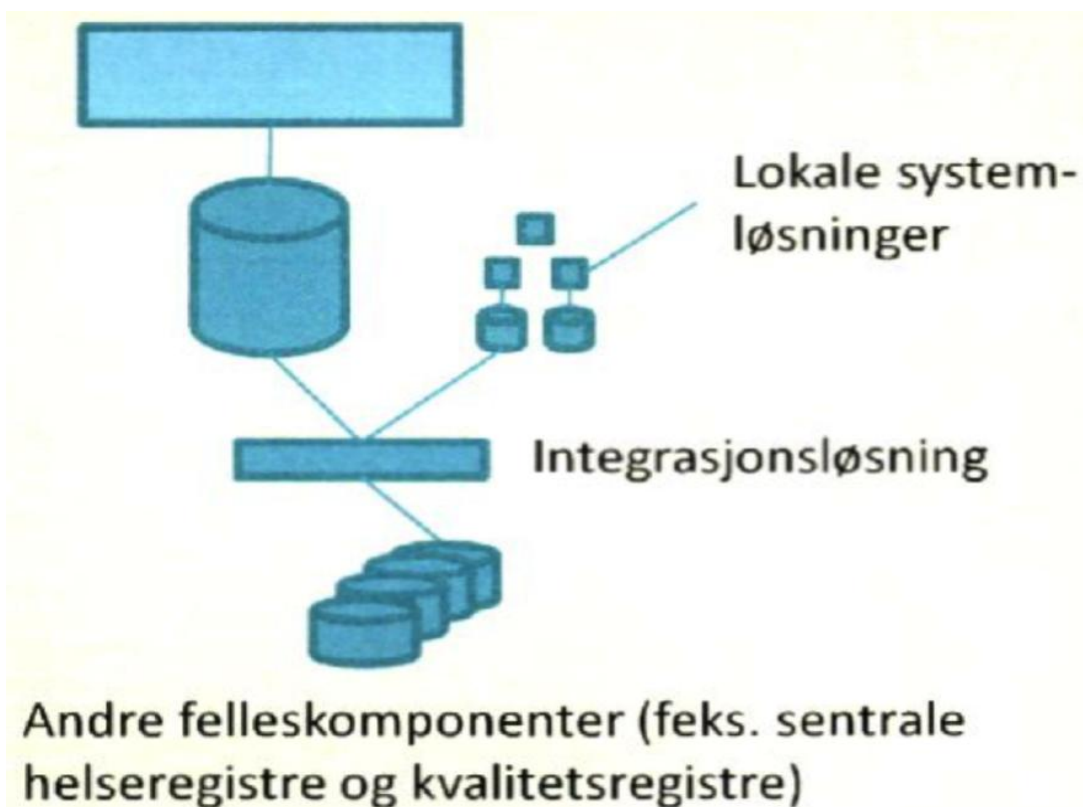




Nasjonal fellesløsning 3 b



Nasjonal fellesløsning (totalløsning)



5.3 Krav om bruk av standardiserte meldinger i helse – og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 24. juni 2013 forslag til forskrift om IKT - standarder i helse- og omsorgssektoren på høring med høringsfrist 1. oktober 2013. Departementet foreslår i høringsnotatet:

- Plikt til elektronisk føring av behandlingsrettet helseregister.
- Plikt til bruk av standardisert meldingsutveksling, som omfatter 19 ulike meldingsstandarder og ett rammekrav.
- Krav om at virksomheter som er tilknyttet helsenettet ved avtale med Norsk Helsenett SF til enhver tid skal ha oppdatert elektronisk adresse i Adresseregisteret.

Plikten til elektronisk føring av behandlingsrettet helseregister omfatter etter forslaget alle virksomheter som fører pasientjournal. Kravet om å bruke standardisert funksjonalitet ved utveksling av meldinger omfatter ulike virksomheter, og gjelder blant annet ved sending og mottak av epikriser og henvisninger, og meldinger mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunen ved utskrivning av pasienter fra sykehus til sykehjem, jf. punkt 4.6. Formålet med forslaget er å fremme sikker elektronisk samhandling mellom virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Høringsforslaget er nå til behandling i departementet.

5.4 Forskrift om krav til politiske behandling av kvalitetskrav

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 2. juli 2012 forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten på høring. Forslagene innebærer at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav knyttet til deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Frist for å avgi høringsuttalelse var fredag 25. oktober 2013. Høringsforslaget er nå til behandling i departementet.

Det er verdt å være oppmerksom på at forslaget kan bli endret i lys av regjeringen Solbergs politiske plattform [37].

5.5 Høringsnotat om ny pasientjournallov

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte 28. juni 2013 forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov på høring med høringsfrist 15. oktober. Målet med lovrevisjonen er at reglene skal være bedre tilpasset helse- og omsorgssektorens behov og utfordringer, nye arbeidsformer og elektroniske prosesser. Forslaget innebærer at gjeldende helseregisterlov deles i to:

- En ny lov om behandling av opplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). Loven gjelder behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere og kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner (primærbruk).

- En ny lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Loven regulerer behandling av helseopplysninger til annet bruk enn helsehjelp, som forskning, helseanalyser, beredskap m.v. (sekundærbruk).

Pasientjournalloven vil være den sentrale rammeloven for elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell i samhandlingsøyemed. Nytt i loven er den ikke skiller mellom intern og ekstern kommunikasjon. Helseopplysninger skal være tilgjengelige for helsepersonell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp, uavhengig av hvor opplysningene er registrert. Den databehandlingsansvarlige skal bestemme på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelig.

Formålet med loven er i følge forslaget å

- fremme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten,
- legge til rette for at helsepersonell som yter helsehjelp kan gis tilgang til relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte, og
- legge til rette for at behandling av helseopplysninger ivaretar den enkeltes personvern

Selv om forslaget innebærer store endringer i rammebetingelser sammenlignet med dagens regler, er de fleste bestemmelsene i lovforslaget mer eller mindre en videreføring av gjeldende rett. Det gjelder blant annet reglene om taushetsplikt, forbud mot smoking i journaler, innsynsrett for den registrerte, informasjonsikkerhet, plikt til internkontroll, tilsynsmyndighet og sanksjoner.

Nedenfor fremheves de viktigste endringene i forslaget av betydning for samarbeid mellom helsepersonell i klinisk praksis, læring og kvalitetssikring.

To eller flere virksomheter kan samarbeide om felles pasientjournalssystemer (behandlingsrettede helseregistre)

Utgangspunktet er at virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha pasientjournalssystemer der helsepersonell kan gjennomføre sin dokumentasjonsplikt etter helsepersonelloven.

Etter forslag til ny lov kan to eller flere virksomheter samarbeide om slike journalssystemer. Virksomhetene som samarbeider må inngå skriftlig avtale om ansvarsforhold (databehandlingsansvar), hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, blant annet ved endringer i eller opphør av samarbeidet. Det skal fremgå av avtalen hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas. Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak fastsette vilkår for samarbeidet.

Bestemmelsen er en videreføring og utvidelse av dagens bestemmelse om virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister i formalisert arbeidsfellesskap.

Virksomheter som i dag har inngått avtale om å samarbeide om virksomhetsovergrepene pasientjournal etter forskrift 9. november 2012 nr. 1045 kan forsette dette samarbeidet etter den nye lovbestemmelsen.

Bestemmelsen i lovforslaget omfatter alle typer behandlingsrettede helseregistre; ulike fagsystemer, kurveløsninger, pasientjournaler, etc. Et eksempel kan være samarbeid mellom et helseforetak og kommunene i helseforetakets nedslagsfelt om elektronisk pasientjournal, ulike deler av en slik journal etc. Et annet eksempel kan være samarbeid mellom to eller flere helseforetak innen en helseregion, inkludert kommunene i regionen, som ønsker å samarbeide om et regionalt laboratoriesystem eller radiologisk informasjonssystem og billedarkiv.

Aktørene i samarbeidet kan være privateide virksomheter, så vel som offentlige virksomheter, fastleger og avtalespesialister. Det er ikke krav om at virksomhetene som samarbeider skal fremstå som en enhet.

Lovforslaget åpner også for etablering av nasjonale journalsystemer innen bestemte fagområder, som skal komme istedenfor virksomhetens eget system. Slike systemer forutsetter forskrift som må ha regler om etablering og driften av systemet, behandling og sikring av helseopplysningene, om ansvarsforhold (databehandlingsansvar), om tilgangsstyring og tilgangskontroll, og om hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas.

Nasjonale systemer innen avgrensede områder som nasjonale laboratoriesystemer, nasjonale radiologi- og bilde databaser, én medisinliste – én pasient etc. kan reguleres i en slik forskrift.

Tilgang til helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp

Gjeldende helseregisterlov § 13 begrenser tilgangen til helseopplysninger ut over reglene om taushetsplikt. Første ledd første punktum i bestemmelsen fastslår at bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Denne bestemmelsen videreføres ikke i forslag til ny pasientjournallov.

Forslag til bestemmelse om helsepersonells tilgang til helseopplysninger for ytelse av helsehjelp lyder:

Den databehandlingsansvarlige skal sørge for at helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til pasienten eller brukeren. Med mindre annet følger av lov bestemmer den databehandlingsansvarlige på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelig, blant annet om det skal gis direkte tilgang til virksomhetens databehandlingssystem.

Uttrykket ”tilgjengelige” omfatter både direkte tilgang til helseopplysninger, ved at personell gis adgang til å søke frem de aktuelle helseopplysningene i systemet, og tilgang til opplysningene ved at de utleveres. På hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige er opp til den databehandlingsansvarlige å bestemme. Den databehandlingsansvarlige kan bestemme både hvordan eget internt personell skal få tilgang til helseopplysninger, og hvordan personell som kommer fra eksterne virksomheter skal få tilgang. Forslaget forutsetter at de databehandlingsansvarlige foretar en nøye vurdering av på hvilken måte opplysninger bør utveksles på, for å nå formålet. Formålet er at helsepersonell skal gis relevante og nødvendige opplysninger om pasienten de skal yte helsehjelp til, samtidig som at de ikke skal gis opplysninger de ikke har behov for, eller om pasienter de ikke skal yte helsehjelp til. Reglene om taushetsplikt skal ivaretas.

Den databehandlingsansvarlige er ansvarlig for at direkte tilgang til helseopplysninger bare gis dersom kravene til informasjonssikkerhet, inkludert pasientenes rett til konfidensialitet, samtidig kan ivaretas.

5.6 Intern forskrivning og utdeling av legemidler til pasienter

Legemiddelopplysninger registreres i ulike systemer og sendes mellom virksomhetene enten elektronisk eller manuelt. Det er foreløpig ikke innført en nasjonal standardisert dokumentasjon av legemiddelbruk i EPJ – systemene i sykehus eller sykehjem. Planlegging og utvikling av elektroniske pasientkurver som inkluderer informasjon om legemidler skjer innenfor de regionale helseforetakene (RHF-ene).

Sett i et nasjonalt perspektiv kan det skape utfordringer at de regionale helseforetakene velger ulike løsninger for elektroniske pasientkurver når det ikke er etablert en standardisert terminologi og datautvekslingsformat. Det er foreløpig ikke gitt overordnede føringer fra myndighetene om koordinering mellom de regionale helseforetak i valg og utvikling av løsninger [39].

I nasjonal handlingsplan for e-helse 2014–2016 er felles legemiddelopplysninger et eget satsingsområde: I et pasientforløp er det kritisk at oppdatert informasjon om legemiddelbruk følger pasienten. Manuell kopiering/overføring av data medfører stor risiko for feil og unøyaktigheter, og er i tillegg ressurskrevende. Nasjonalt program for pasientsikkerhet har flere innsatsområder knyttet til legemiddelområdet. Det er behov for bedre og helhetlige IKT - verktøy for å understøtte dette. Det skal i planperioden etableres målbilde og veikart for felles legemiddelopplysninger [40].

For å løse utfordringene ved legemiddelhåndteringen har Helse Sør-Øst RHF etablert et eget regionalt kurve- og medikasjonsprosjekt. Prosjektet skal utvikle og innføre elektroniske kurver, som gjør det mulig for helsepersonell å få tilgang til viktig pasientinformasjon når de trenger det. Informasjonen på kurven skal kunne innhentes direkte fra medisinskteknisk utstyr [41].

På bakgrunn av at det mangler et felles og overordnet ”design” innen kurve og medikasjon, som kan gi grunnlag for videre utvikling av prosjektet, er det etablert et eget delprosjekt: Lukket Legemiddelsløyfe og Gjennomgående Kurve. Dette prosjektet omtales nedenfor.

Lukket Legemiddelsløyfe og Gjennomgående Kurve i Helse Sør - Øst

Formålet med lukket legemiddelsløyfe er bedre kvalitet og kvalitetssikring i alle leddene i legemiddelhåndteringen. Sentrale kvalitetskrav er rett pasient, rett medisin, rett tid, rett dose og rett administrasjonsmåte (de 5 Rène). Sentrale begreper som brukes i prosjektet er ”legemiddelsløyfe”, ”lukket legemiddelsløyfe”, ”kurve” og ”gjennomgående kurve” [42].

Legemiddelsløyfe er

en prosess som løper fra en rekvirent forordner et legemiddel, via leveranse, klargjøring og administrering av legemiddelet, frem til evaluering av effekt.

Lukket legemiddelsløyfe er

en metode for sikring av legemiddelsløyfen slik at riktig pasient får riktig legemiddel, til riktig tid, i riktig dose og med riktig administrasjonsmåte.

Kurve er

en fremstilling av strukturert klinisk pasientinformasjon som funksjon av tid.

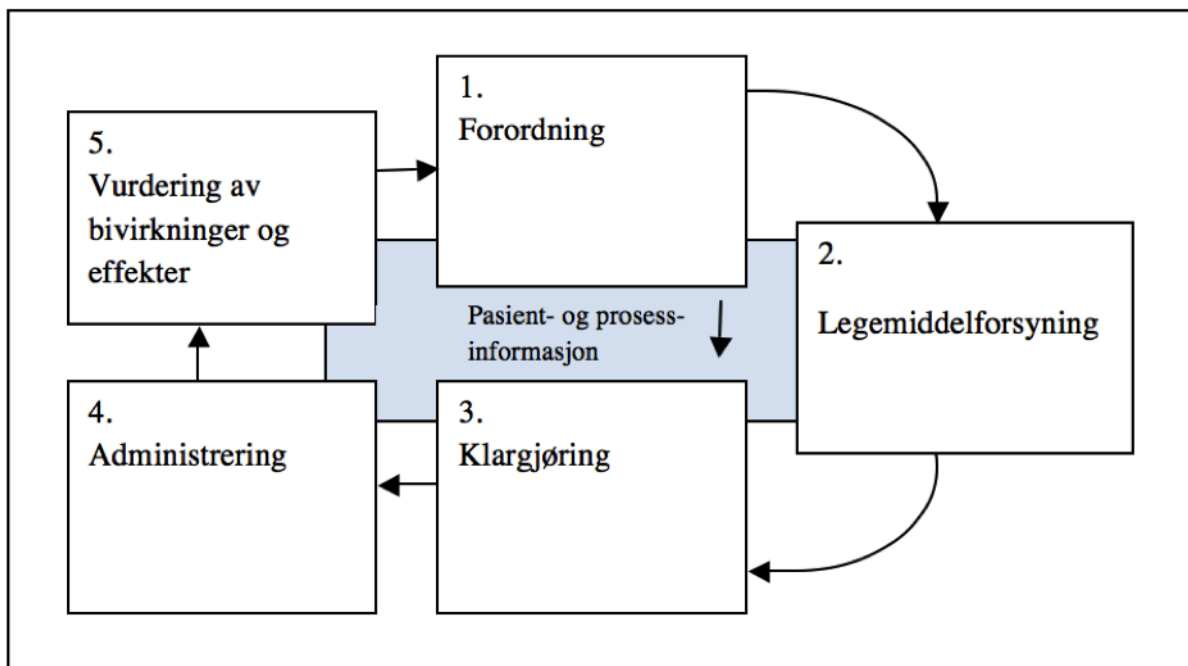
Gjennomgående kurve er

en konsistent tilgjengeliggjøring av kurve uavhengig av lokasjon og tid.

Rett medisin til rett tid i rett dose er en viktig del, men likevel kun en del av en pasientbehandling. Figuren nedenfor skisserer interaksjoner mot andre aspekter av betydning for helsehjelp til pasienten:

<p>Forutsetninger ved inngang til legemiddelsøyfen</p> <p>Informasjon om hvilke legemidler en pasient står på ved innkomst til lukket legemiddelsøyfe må være oppdatert</p>	<p>Lukket legemiddelsøyfe</p>	<p>Utgangskriterier</p> <p>Legemiddellisten må inn i epikrisen, på en standardisert og strukturert måte.</p> <p>Kopi av listen til pasienten.</p>
<p>Andre prosedyrer av betydning for pasientsikkerhet og behandlingskvalitet ved sykehusopphold:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riktig dokumentasjon: Beslutningene som fattes må være riktige og bli riktig dokumentert. • Riktig pasientopplæring: Pasienten bør informeres om legemiddelbruken, om virkning og mulige bivirkninger etc. • Pasientens rett til å nekte å ta medisiner må kunne håndteres. • Riktig evaluering før legemiddelinntak (anses som del av lukket legemiddelsøyfe). • Riktig evaluering etter legemiddelinntak (anses som del av lukket legemiddelsøyfe). 		

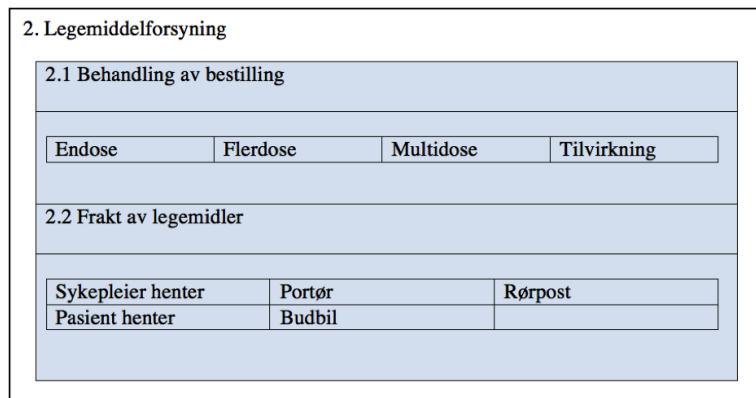
Aktivitetene i en lukket legemiddelsløyfe kan inndeles i fem adskilte gjøremål, som anskueliggjort i tegningen nedenfor.



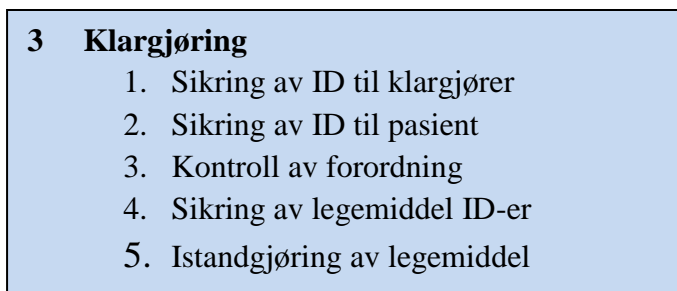
Forordningen er den delen av legemiddelsløyfen der en rekvisitør tar stilling til hvilke legemidler som pasienten skal ha, og gjennomfører forordningen.

- 1 Forordning** (fast medisinerer, behovs- og eventuelt medisinerer, stående forordning).
 1. Beslutte legemiddelplan
 2. Beslutningsstøtte
 - i. Interaksjon
 - ii. LM allergi
 - iii. Pasientspesifikke tilpasninger
 - iv. Sjekk mot svar på lab.prøver og planlagte lab. prøver
 3. Farmasøytisk vurdering
 4. **Forordne legemiddel**

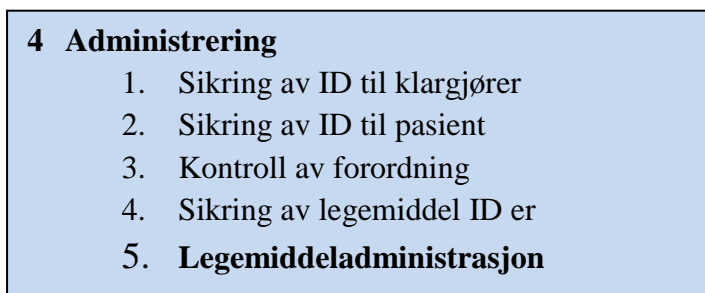
Legemiddelforsyning er den delen av sløyfen der bestilling av legemidler utføres på post (sykehusavdeling), blir mottatt og behandlet på sykehusapoteket, og hvor legemidlene til slutt blir pakket, merket og fraktet fra apoteket til post/legemiddelrom/legemiddeltralle/ legemiddelkabinett. Tegningen nedenfor skisserer legemiddelforsyningen.



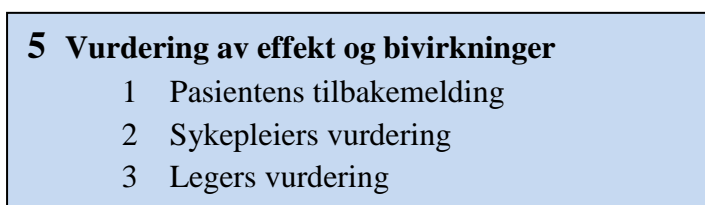
Klargjøring er den delen av legemiddelsløyfen der legemidler blir gjort i stand til den enkelte pasient, eller at standardpakker blir klargjort til for eksempel operasjon. Skisse av klargjøringen vises nedenfor.



Administrering er den delen av legemiddelsløyfen der legemiddelet mottas av pasienten.



Vurdering av effekt og bivirkninger er oppgaver som skal skje etter at pasienten har mottatt legemiddelt og omfatter



Pilotering av elektronisk pasientkurve er planlagt på sengepost ved sykehuset Østfold (SØHF) i 2014 [39].

6 CASE – omgivelser og setting

Dette kapittelet redegjør for institusjonene (aktørene) prosjektet omfattet og relevante dokumenter aktørene har fastsatt for samhandlingen mellom seg.

6.1 Institusjonene

Oslo kommune er inndelt i 15 bydeler, i tillegg til Sentrum og Marka, og har til sammen ca. 620 000 innbyggere. Kommunen har etablert sykehjemsetaten for å gi personer med behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg et best mulig tilbud, innenfor gitte rammer. Kommunen drifter i dag mer enn 30 kommunale sykehjem og har avtale med 26 private sykehjem.

Oslo kommune har etablert *bestillerkontorer* i alle bydeler. Bestillerkontorets oppgave er å tildele tjenester til befolkningen i bydelen etter en behovsvurdering. De forskjellige bydelene har et visst selvstyre, og dette kan komme til uttrykk i hvordan de har bygd ut tjenestetilbudet, i organiseringen av tverrfaglig samarbeid, beslutningsstrukturer etc.

Oslo kommune har opprettet en egen etat *Sykehjemsetaten (SYE)* som fra 1. januar 2007 har hatt ansvar for å drive kommunale sykehjem og følge opp private sykehjem. Bestillerkontorets vedtak om sykehjemsplass blir straks vedtak er fattet sendt til sykehjemsetaten.

Ullevål sykehus er en del av Oslo Universitetssykehus HF (UiO), og er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning (bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand), med til sammen ca. 216 000 innbyggere. Sykehuset er også regionssykehus for innbyggere som sogner til Helse Sør-Øst RHF og har en rekke nasjonale funksjoner.

6.2 Samarbeidsavtaler

6.2.1 Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF

Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF inngikk 17. november 2008 en overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområde. Formålet med avtalen er å legge til rette for samarbeid til beste for brukerne av spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Avtalen omfatter alt samarbeid mellom Helse Sør - Øst RHF og Oslo kommune.

Samarbeidsavtalen er en forlengelse av og en utdyping av de ordinære ansvarsforholdene som følger av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Avtalen forutsetter at det etableres lokale avtaler mellom de enkelte sykehus i regionen og virksomhetene i Oslo kommune, i samsvar med avtalen.

Avtalen forlenges automatisk tre år av gangen med mindre annet skriftelig meddeles. Avtalen kan sies opp av en av partene med 1 års skriftlig varsel.

6.2.2 Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus

Oslo kommune har inngått identiske samarbeidsavtaler med Oslo universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg Diakonale sykehus AS. Avtalen følger opp kravene i helse – og omsorgstjenesteloven § 6-1 og § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og § 2-6.

Samarbeidsavtalene består av en generell del og åtte tjenesteavtaler som dekker ulike områder innen helse- og omsorgstjenesten, blant annet samarbeid i tilknytning til innleggelse og utskrivning av pasienter (tjenesteavtale nr. 2), samarbeid om gjensidig kunnskapsoverføring og faglig nettverk og hospitering (tjenesteavtale nr. 4) og samarbeidet om lokale IKT-løsninger (tjenesteavtale nr. 7).

Avtalen pålegger partene å sette av nok ressurser til samarbeidet, og forplikter partene til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere og påse at avtalen(e) etterleves i alle deler av virksomheten. Ved uenighet i sak angående en enkeltpasient kan partene bringe saken inn for Tvisteløsningsnemnda [55].

Tjenesteavtale nr. 2 om samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester trådte i kraft 1. februar 2012. Avtalen regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom bydel og helseforetak/sykehus i forbindelse med henvisninger, innleggelser og utskrivninger. Formålet med avtalen er å etablere gode samarbeidsrutiner, og bidra til at pasientene mottar helhetlige tjenester. Avtalen forutsetter at det gis utfyllende retningslinjer mellom det enkelte helseforetak/eller sykehus og bydel/ kommunale etat.

6.2.3 Retningslinjer for kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus og bydelene

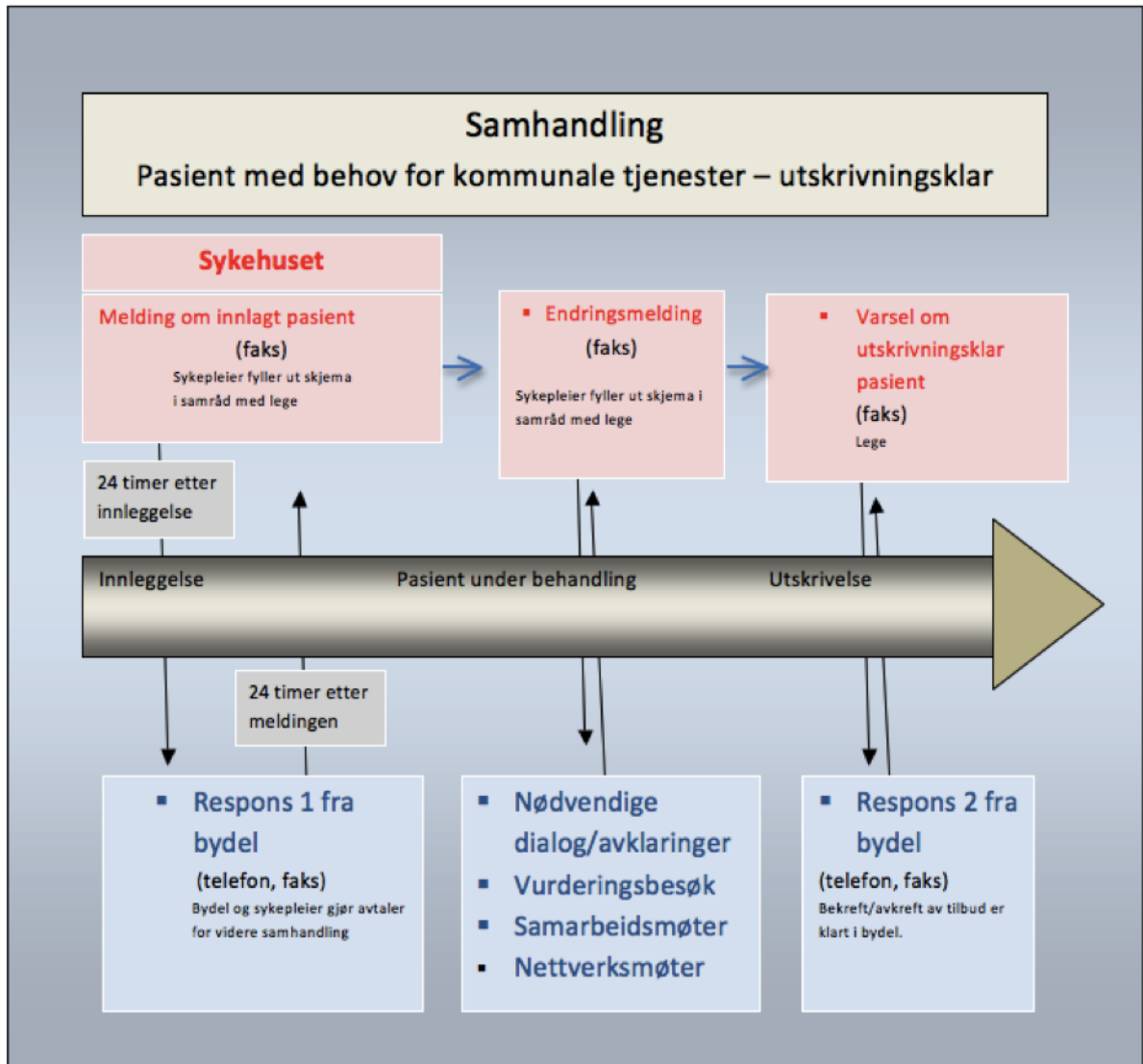
Prosedyre *Samhandling – pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklare pasienter* ble godkjent av partene fra 6.august 2012 (dokument - ID: 19750 versjon 4). Prosedyrene inngår som et vedlegg til tjenesteavtalen, og er en del av den forpliktende samarbeidsavtalen.

Hensikten med prosedyrene er å sikre god kommunikasjon mellom sykehuset og bydel for pasienter som har eller er i behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset. Det fremgår at prosedyrene skal sikre et nødvendig minimum av informasjonsutveksling mellom sykehuset og bydelen når pasienten er innlagt i sykehuset, og at informasjonsutvekslingen er i tråd med forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Prosedyrene regulerer ansvar, fremgangsmåte og avviksrapportering.

På sykehuset har administrerende direktør det overordnede ansvar for prosedyren. Klinikkleder og linjeleder er ansvarlig for at prosedyren er kjent, implementert og følges i egen klinikk. I bydelen har bydelsdirektøren det overordnede ansvar for prosedyren, mens leder av bestillerkontoret er ansvarlig for at prosedyren er kjent, implementert og

følges i egen virksomhet. Avvik fra retningslinjene skal meldes i sykehusets og bydelens avvikssystem.

Skissen nedenfor visualiserer gangen i prosedyren.



6.4 Omsorgstrappen i bydelen Østensjø

Kommunens ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester omfatter tjenester som ikke saklig kan begrunnes eller angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste [12]. For å kunne tilby byens befolkning helse- og omsorgstjenester på riktig nivå har kommunen inndelt tjenestene i fem trinn. I Østensjø bydel er omsorgstrappen slik:

- **Trinn 1** omfatter tjenester til hjemmeboende som ikke krever søknad eller henvisning til bydelen. Det inkluderer opphold på trygghetsavdelinger, treffsentra 60+, oppsøkende fagkonsulent og seniorveiledning, veiledning fra demenskoordinator, frivillighetsentraler, fastleger, fysikalske institutter og trygghetsavtale.
- **Trinn 2** omfatter tjenester til hjemmeboende, som tilrettelagt bolig, TT-ordning, flexitransport og trygghetsalarm.
- **Trinn 3** omfatter tjenester til hjemmeboende, som dagsenter, dagrehabilitering, hjemmesykepleie, innsatsteam, spesialsykepleier ved oppfølging av alvorlig sykdom, hjemmehjelp og ergo- og fysioterapi.
- **Trinn 4** omfatter heldøgns tjenester for hjemmeboende. Det omfatter korttidsleiligheter, inkludert korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem, intermediær/spesialisert korttidsenhet i samarbeid med sykehus, og omsorgsbolig med tjenester.
- **Trinn 5** omfatter langtidsopphold i institusjon

6.5 Deltakerne i prosjektet

Dette prosjektet studerer sammenheng og kvalitet ved overføring av pasienter fra Ullevål universitetssykehus til to sykehjemsavdelinger i en bydel i Oslo kommune ved utskrivning av pasienter fra sykehuset. Pasientgruppen krever fortsatt heldøgns helse- og omsorgstjenester etter utskrivningen, men forventes å kunne reise hjem etter kort tid, 2-3 uker. Pasientgruppen er på omsorgsnivå 4.

Begge korttidsavdelingene er en del av Abildsø sykehjem, som driftes av sykehjemsetaten. Den ene korttidsavdelingen var en såkalt intermediær enhet (IME) og tok inn pasienter fra fire bydeler i Oslo kommune: Nordre Aker (4 plasser), Nordstrand (5 plasser), Søndre Nordstrand (2 plasser) og Østensjø bydel (5 plasser). Bydelene kjøpte disse plassene fra Sykehjemsetaten. Den andre korttidsavdelingen tok inn pasienter fra bydelen Østensjø.

6.5.1 Ullevål sykehus

Ullevål Universitetssykehus omfatter en rekke klinikker og avdelinger. De fleste pasienter som ble utskrevet til korttidsavdelingene jeg var observatør kom fra generell indremedisinsk avdeling.

6.5.2 Intermediæravdelingen

Intermediæravdelingen (IME) på sykehjemmet hadde 16 plasser fordelt på 8 rom. Avdelingens tilbud var behandling, pleie og rehabilitering til pasienter i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Avdelingen hadde følgende inntakskriterier:

- Den akutte sykdom eller funksjonssvikt som førte til innleggelse på sykehus skal være ferdig utredet.
- Pasienten skal ha behov for spesialisert medisinsk behandling, og kunne forventes å dra nytte av oppholdet.
- Funksjonsnivået kan variere, men pasienten må ha antatt potensial for utskrivning til hjemmet senest innen 21 dager.
- Pasienten må være mentalt i stand til å delta i aktivitet på IME, og ikke ha diagnostisert demens eller alvorlig psykisk lidelse.
- Pasienten skal ikke ha behov for hjelp av to personer ved forflytning da avdelingen bare har en sykepleier om natten.
- Inntak skal alltid baseres på en individuell vurdering.

Avdelingen hadde to leger, hver i 50 % stilling med ansettelsesforhold på Ullevål universitetssykehus henholdsvis Oslo kommune. Det var til sammen 9 sykepleiere, 1 fagsykepleier, 1 avdelingssykepleier, 1 fysioterapeut og 2 hjelpepleiere ansatt ved avdelingen. 3 sykepleier tok regelmessig ekstravakter. Fysioterapeut og en 50 % sykepleierstilling hadde ansettelsesforhold på Ullevål universitetssykehus.

I informasjonsskriv¹⁶ om avdeling fremgår at IME har ansatte med høy kompetanse, bred erfaring og fokus på fagutvikling. Avdelingen har sykepleiefaglig kompetanse på døgnbasis, og all innleid kompetanse er fagutdannet. Det fremgår av skrevet at lege er daglig til stede, det samme er fysioterapeut.

Avdelingen tilbyr behandling til pasienter som krever oksygen, sondeernæring, forstøver og intravenøst. Oppfølging og kontroll av enkle blodanalyser skjer på daglig basis, bortsett fra i helgen. Avdelingen er utstyrt med hjertestarter, EKG, blærescanner, saturasjonsapparat, forstøverapparater, oksygenekstraktor, og apparater som måler INR, CRP og Hgb. Avdelingen kartlegger behov og har fokus på ”hjelp til selvhjelp”. Alle pasienter tilbys dobbeltrom. Avdelingen har ikke enkeltrom. Pasientene må betale en egenandel på kr. 133 per døgn.

¹⁶ Datert 21. februar 2012

Søknad om plass ved avdelingen skjer ved at Ullevål universitetssykehus tar kontakt med IME per telefon på dagtid. Ved denne kontakten skal det fylles ut et skjema som vist i vedlegg 5. Avdelingsleder har vedtaksmyndighet for inntak av pasienter.

6.5.3 Korttidsavdelingen

Korttidsavdelingen ved sykehjemmet er en mye større avdeling enn intermediærenheten (IME), med plass til 34 pasienter. Avdelingen dekker en hel etasje i bygget og er plassert rundt et atrium. Avdelingen har 12 stillinger i 100 %. Turnusen omfatter 40 personer som dekker 23, 3 årsverk, inkludert en fysioterapi stilling og en ergoterapi stilling. De to sist nevnte stillingene deles mellom korttidsavdelingen og sykehjemmets langtidsavdeling. Avdelingen har en lege fire dager i uken.

Pasientrommene var, mens jeg var observatør, inndelt i fire grupper. Hver morgen ble dagens personale fordelt og tildelt ansvar og oppgaver for pasienter i en gruppe. Noen ganger måtte en sykepleier dekke flere grupper. Hver gruppe hadde eget oppholdsrom/kjøkken hvor måltidene ble servert. Videre var det et stort medisin rom, to lintøyrom og to skyllerom i avdelingen. I denne etasjen var det også et røykerom for sykehjemmets pasienter.

Avdelingen hadde, så langt jeg kjenner til, ingen spesielle inntakskriterier. Avdelingen tok inn de pasienter bestillerkontoret ved sykehjemsetaten bestemte. Det betydde ikke at avdelingen ikke hadde påvirkningsmuligheter. I løpet av tiden jeg var observatør ble en pasient skrevet ut fra avdelingen fordi hun hadde andre behov enn avdelingen kunne tilby.

6.5.4 Bestillerkontoret

Bydelen Østensjø har et eget bestillerkontor (Bestillerkontoret 18+), som tar i mot og vurderer tjenester til personer fra 18 år og oppover. Kontoret er inndelt i flere enheter eller ansvarsgrupper. Totalt hadde bestillerkontoret mer enn 30 ansatte. Kontoret inkluderte blant annet et eget ”sykehusteam” med 3 ansatte (to sykepleiere og en fysioterapeut), en kreftkoordinator, en demenskoordinator og et ”innsatsteam”. Hovedoppgaven til kreftkoordinator er å spre/overføre kunnskap om kreftsykepleie til hjemmesykepleiere. Innsatsteamet er en ressursgruppe av sykepleiere som bistår hjemmetjenesten i bydelen.

De aller fleste som søker om sykehjemsplass mottar allerede andre tjenester i bydelen, og er som oftest godt kjent for bestillerkontoret.

Sykehusteam

Sentrale arbeidsoppgaver for sykehusteamet er å ta imot meldinger fra sykehus om innlagte pasienter, som kan ha behov for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste etter utskrivning. Det omfatter 1) melding om innlagt pasient, 2) endringsmeldinger og 3) meldinger om utskrivningsklare pasienter (UK-meldinger). Sykehusteamet hadde løpende kontakt med sykehuset og hjemmesykepleier, registrerte

og oppdaterte pasientinformasjonen i Gericia etc. Teamet bestilte også nødvendig ekstra utstyr til pasienter som skulle hjem, som sykehusseng, løfteanordning, etc.

Hver morgen hadde sykehusteamet møte med teamleder for å bli informert om ledige omsorgsplasser i bydelen. Deretter hadde de møte med innsatsteamet, der det gis gjensidig rapport om gårsdagens hendelser, og dagens oppgaver og gjøremål.

Etter dette reiser to sykepleiere på sykebesøk for å vurdere de pasienter bestillerkontoret har fått melding om er utskrivningsklare. Det omfatter de pasientene de ut fra meldinger og telefonsamtale med sykehuset er i tvil om hvordan skal følges opp i kommunen etter utskrivning.

7 Metode - veien jeg gikk for å belyse problemstillingen

Dette kapittelet redegjør for den vitenskapelige metoden jeg fulgte for å belyse prosjektets problemstilling (metodologiske tilnærminger). Innledningsvis redegjøres kort for begrepet metode og metodeteori.

Begrepet metode kan defineres som "en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap" (Tranøy -89). En annen definisjon er "en systematisk måte å undersøke virkeligheten på" (Halvorsen -93). Grenness snakker om metodologiske valg, men definerer ikke begrepet metode nærmere. Metodologi dreier seg i følge Grenness om en mer overgripende tilnærming, der valg av metode inngår etter at en har vært gjennom en metodologisk refleksjon.

7.1 Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder

Teorien skiller mellom kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Kvantitative metoder er metoder som først og fremst befatter seg med tall og det som er målbart. Forskeren har ofte stor avstand til studieobjektet. Utvikling av spørreskjema der 2 000 mennesker bes om å svare på de samme spørsmålene er eksempel på en kvantitativ metode. For å kunne vurdere om det en finner kan føres tilbake til utvalget, må utvalget være representativt.

Kvalitative metoder er metoder hvor forskeren søker å beskrive og analysere særskilte karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener forskeren ønsker å studere. Kvalitative metoder vil gi tilgang til andre former for kunnskap enn kvantitative metoder. Forskeren vil ofte ha nærhet til studieobjektet, og datamateriale består stort sett av tekst, for eksempel en nedskreven samtale etter et intervju. Kvalitative studier omfatter som regel langt færre forekomster enn kvantitative studier, og utvalget er sammensatt med den målsettingen at materiale har potensial til å belyse den problemstilling studien fokuserer på. Datagenerering ved kvalitative metoder foregår ved observasjon, ulike typer intervjuer og dokumentstudier.

7.1.1 Observasjonsstudier

Ordet å "observere" stammer fra latin og betyr å gi akt på, iaktta eller legge merke til. Forskeren bruker øynene sine til å se og vurdere hva mennesker gjør. Begrepet observasjonsstudium kan forstås som strukturerte observasjoner, der uttrykket "strukturerte" uttrykker at observasjonen tar utgangspunkt i en ordnet plan, i motsetning til tilfeldige kikk. Observasjonsdata omfatter likevel ikke, slik jeg oppfatter det, bare det forskeren ser, men også det forskeren hører. Forskeren kan også stille spørsmål til deltakerne. (Line Melby 2007)

Observasjonsstudier er i teorien inndelt i ulike typer, der forskeren kan ha ulike roller. Studiene kan være åpne eller skulte og designes med vekslende grad av deltakelse.

Hvorvidt en vil gruppere en observasjonsstudie i ulike typer, eller fokusere på at forskeren har ulike roller, kan bero på hvilken teoretisk referanseramme forskeren har.

Observasjon uten deltakelse innebærer at forskeren samler inn data uten selv å være tilstede; et eksempel er video- og eller lydbåndopptak av samtaler mellom helsepersonell og pasient/pårørende, eller samtaler mellom helsepersonell.

Åpne observasjoner med observerende deltaker eller deltakende observatører er studier der de observerte vet at forskeren er observatør. Observatøren kan ta en passiv rolle (flue på veggen) eller en mer deltakende rolle.

Ved valg av tilnærning er det viktig å finne en rolle som er legitim på den plassen en skal observere. Selv om forskeren i utgangspunktet tar sikte på å forholde seg passiv, kan det oppstå situasjoner hvor forskeren interagerer med dem hun/han observerer. I sin omtale av studier i AMK – sentraler bruker Tjora begrepet interaktiv observasjon for å synliggjøre at graden av aktivitet og passivitet ikke er absolutter (Tjora 2011).

Tidligere studier har vist at observasjoner kan oppleves som en hensiktsmessig metodisk tilnærming for å få kunnskap om informasjonspraksis på sykehus.

Observasjon bringer en svært nær fenomenene og aktivitetene som skal studeres, og man erfarer dem på en levende måte, slik de virkelig finner sted. (Melby, 2007, s.266)

Et kjennetegn med observasjoner er også at forskeren får kunnskap om hva deltakerne faktisk gjør og ikke bare hva de sier at de gjør.

Deltakende observasjon kan også belyse at klinisk arbeid er fragmentarisk:

Metoden samler data som forteller hvordan aktørenes mobilitet, planlagte avbrudd og uventede hendelser sammen skaper fragmentering i deres arbeid. (Bjønnes, 2007, s. 80)

Metoden fanger imidlertid ikke opp aktørenes tanker og gir ikke svar på hvorfor aktøren handler som hun/han gjør. (Bjønnes, 2007)

7.1.2 Kvalitative forskningsintervjuer

Hensikten med kvalitative forskningsintervjuer er å forstå verden sett fra de intervjuedes side, å få frem folks erfaringer og opplevelser. Målet med intervjuet er å produsere kunnskap. Kunnskapen bygges ved samspill mellom intervjueren og den intervjuede.

Figuren nedenfor skisseres to ansikter eller en vase, avhengig av hvordan en ser den. I følge Kvale [56] kan figuren brukes som illustrasjon på intervjusamtalen som *inter views*. En kan fokusere på de to ansiktene som en interaksjon mellom to personer. Eller en kan fokusere på vasen mellom de to ansiktene, og se på den som kunnskap som er

blitt konstruert mellom (*inter*) de to ansiktene (personenes *views*). Bilde peker i følge Kvale på intervjuets tosidighet, den personlige relasjonen og den kunnskapen den produserer.



7.1.3 Krav til kvalitet

En forskningsstudie skal kunne bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet. Uavhengig av modell er det kvalitative krav som skal ivaretas ved gjennomføringen, og hvordan dette er gjort skal belyses i forskningsrapporten. Det er krav til:

- Reliabilitet (pålitelighet). Kravet til pålitelighet går på om resultatet ville blitt det samme dersom en annen forsker hadde utført den samme jobben. Ville en annen forsker gjort andre observasjoner av den samme virkeligheten?
- Gyldighet (validitet): Går på om vi kan ha tillitt til resultatene av forskningen. Er forskningsresultatene troverdige?
- Generaliserbarhet: Går på i hvilken grad resultatene vi kommer frem til kan overføres til sammenlignbare situasjoner.
- Transparens: Går på studiens gjennomsiktighet, det innebærer at leserne av forskningsrapporten kan få så godt innblikk i forskningen at de kan ta stilling til forskningens troverdighet.
- Refleksivitet: Tjora (2010) beskriver refleksivitet som forskerens evne og vilje til å undersøke eget forskningsarbeid og hvordan personlige interesser og kunnskaper kan ha formet dette.

I boken ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning” fremhever Malterud betydningen av validitet, refleksivitet og relevans. Å validere innebærer å stille spørsmål: Er den valgte fremgangsmåten en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen?

Ofte kan ikke spørsmålet besvares med et klart ja eller nei. Vi må derfor stille spørsmål om de valgene vi har gjort underveis i prosjektet kan ha påvirket kunnskapen vi har kommet frem til. Har spørsmålene vi stilte og iakttakelsene vi gjorde gitt svar på problemstillingene? Har vi fått svar på det vi lurte på? Hvilke kunnskap har deltakerne gitt oss? Er forskningen gjennomført på en slik måte at den har gitt gyldig kunnskap om prosjektets problemstillinger?

7.2 Metodologiske tilnærminger i studien

I denne studien har jeg anvendt en kvalitativ tilnærming; dataene (informasjonen/kunnskapen) er innhentet gjennom dokumentstudier, observasjoner og intervjuer. Dokumentstudiene og forskningslitteraturen er redegjort for tidligere i oppgaven.

Studien ble gjennomført ved observasjoner og intervjuer ved intermedieravdelingen (IME) og korttidsavdelingen på Abildsø sykehjem, se kapittel 6. I tillegg var jeg som observatør med bestillerkontoret i bydelen Østensjø på Ullevål sykehus og deltok på møter mellom bestillerkontoret, pasientens lege/sykepleier på sykehuset og pasienten.

I foregående kapittel ble relevante dokumenter for samhandlingen mellom studiens aktører omtalt. Nedenfor i dette kapittel gis først en omtale av observasjonene i prosjektet og noen refleksjoner underveis. Deretter omtales intervjuene, transkriberingen og den videre analyseprosessen av intervjudataene. Analyseprosessen skal gi leseren innsikt i hvordan jeg som forsker har kommet frem til resultatene i studien. Refleksjoner over metodevalg og styrker og svakheter ved metoden omtales i diskusjonskapittelet til slutt. Feltnotater er inntatt som vedlegg til rapporten.

7.2.1 Observasjoner

Observasjonene ble gjennomført i to etapper. Den første i tilknytning til forstudien (prosjektrapporten) og den andre i tilknytning til selve masteroppgaven. Observasjonene ble gjort på intermedieravdelingen (IME) og korttidsavdelingen på et sykehjem i Oslo og på bestillerkontoret i bydelen.

Jeg hadde som mål at personalets handlinger og samtaler seg i mellom i minst mulig grad skulle påvirkes av at jeg var til stede. Jeg hadde derfor en passiv rolle under observasjonene, likevel slik at jeg samtalen med personalet der det falt seg naturlig. Det forekom også at jeg hentet ting, som et glass vann til en pasient, tok opp en ting fra gulvet eller lignende.

Observasjoner på intermedieravdelingen

Observasjonene i tilknytning til prosjektoppgaven fant sted to dager på sykehjemmets intermedieravdeling høsten 2012. De øvrige observasjonene på IME ble gjennomført i 7 hele dager i perioden februar og mars 2013.

Hver observasjonsdag ankom jeg avdelingen i god tid før morgenrapporten startet kl. 07.30, og oppholdt meg der til etter at kveldsvakten var kommet. Jeg var fysisk til stede hele tiden, enten gikk jeg i fotsporene til en lege, sykepleier eller hjelpepleier, eller så satt jeg på avdelingens oppholdsrom eller vaktrom. Alle telefonene fra og til sykehuset vedrørende innleggelse av pasient observerte jeg fra vaktrommet.

Intermediæravdelingen hadde ikke et eget rom for fremfinning og håndtering av legemidler, og det meste av sykepleiernes arbeid, som ikke besto av direkte pasientkontakt (unntatt ved måltider), foregikk på vaktrommet. Rapportene og en kort spisepause ble avholdt på avdelingens oppholdsrom.

Jeg observerte hva som skjedde på morgenmøtene, lyttet til dialoger helsepersonell i mellom og mellom helsepersonell og pasient, så hvordan personalet fordelte dagens gjøremål mellom seg, hvordan de utførte prosedyrer som blodprøvetaking, innsetting av blærekateter, innsetting og stell av veneflon etc.

Observasjonene omfatter previsitt, som bestod i at ansvarlig sykepleier gjennomgikk sine pasienter samme med legen, visitten der legen samtale med og eventuelt undersøkte pasienten ved seng, og oppfølging i etterkant av det som ble bestemt på visitten, inkludert registrering av informasjonen. All elektronisk registrering av pasientopplysninger gjøres i informasjonssystemet Geric. Jeg merket meg all den tiden lege og sykepleier¹⁷ må bruke på slike registreringer, tiden det tok å logge seg på, at maskinen ofte kan koble seg ut etc. Jeg deltok ved fire innkomstsamtaler.

Observasjoner på korttidsavdelingen

Observasjonene på korttidsavdelingen ble gjennomført i april 2013, hvor jeg var til stede i fem hele dager. Hver observasjonsdag ankom jeg avdelingen like før morgenrapporten startet kl. 07.30, og var der til ca. kl. 16.00. I likhet med observasjonene på IME fulgte jeg også her i fotsporene til en sykepleier store deler av dagen. Videre deltok jeg på nettverksmøter, som er møter der pasientens pårørende, pasienten selv og personalet samtaler om videre oppfølging av pasienten, og på møter med bestillerkontoret i bydelen.

På korttidsavdelingen fikk jeg ikke deltatt på previsitt og legevisitt, da avdelingen ikke hadde noe strukturert opplegg for denne, i den perioden jeg var observatør, og derfor var vanskelig å innpasse. Legen på korttidsavdelingen utførte i hovedsak for- og etterarbeidet med pasientene, inkludert telefonsamtaler med sykehuset og registreringer i Geric, på eget kontor i første etasje. Mine observasjoner på korttidsavdelingen omfatter derfor ikke legens kommunikasjon/dialog med sykehuset fra eget kontor.

¹⁷ Det er to leger på IME, hver i ½ stilling. Den ene legen utførte for- og etterarbeidet på vaktrommet og samtalte mye med pleierne. Den andre legen gjorde for og etterarbeidet, inkludert telefonsamtaler på sitt kontor. Mine observasjoner omfatter derfor ikke denne legens kommunikasjon/dialog med sykehuset fra eget kontor.

Noen refleksjoner

Etter rapporten var jeg alltid litt usikker på hvor jeg som observatør – av sammenheng og kvalitet ved utskriving av pasienter fra sykehus til sykehjem - burde gjøre av meg. Denne usikkerheten fulgte meg hele tiden under observasjonstiden. I forkant av observasjonene hadde jeg lest mye om viktigheten av god planlegging. Dette var mitt første forskningsprosjekt. Jeg merket meg at ”veien ble til mens jeg gikk”. Forskning er å løpe etter data – følte jeg – men alle stiene var ikke tråkket opp på forhånd. Det var frustrerende. Det føles spesielt frustrerende når jeg ble spurt om hvordan det går – ”du bruker jo så mye tid på dette”. Men, brukte jeg tiden min riktig? Jeg så jo de samme tingene mange ganger – selv om pasientene vekslet. Jeg følte imidlertid også et behov for å se de samme tingene mange ganger - for liksom å kunne si at jeg har sett det – sånn er det.

Observasjoner på bestillerkontoret

Observasjonene på bestillerkontoret ble gjennomført to dager i april 2013. Den første observasjonsdag ankom jeg bestillerkontoret kl. 08.00. Jeg fikk en kort omvisning og orientering om rutiner ved utskriving av pasienter og mottaksapparatet i bydelen. Jeg informerte om prosjektet mitt, og vi kom til at en god start kunne være at jeg ble med sykehusteamet på Ullevål sykehus for å observere kommunikasjonen mellom sykehusteamet og sykehuspersonalet og pasienten i forkant av en utskriving. Hensikten med bestillerkontorets besøk på sykehuset var å avklare behovet for videre omsorgsnivå. Den andre dagen tilbrakte jeg inne på kontoret til ”sykehusteamet”. I dette rommet var det to kontorplasser med tilhørende PC og annet kontorutstyr, som telefoner etc., samt et langbord og stoler. Innkomne meldinger fra sykehuset (meldinger om innlagt pasient og endringsmeldinger) om pasienter som fremdeles var innlagt på sykehus lå i plastlommer på langbordet. Jeg gjennomgikk meldingene; og innholdet i dem.

7.2.2 Intervjuer

Intervjuene ble tatt opp på intermediaeravdelingen og korttidsavdelingen i løpet av observasjonsperioden. På forhånd var det avtalt at intervjuene ikke skulle gå ut over pasientene eller andre gjøremål til personalet. Som observatør fikk jeg selv sett arbeidspresset til sykepleierne. Tidspunktet for intervjuene ble tilpasset arbeidssituasjonen der og da. Selve intervjuet ble foretatt i et eget rom, og tatt opp på mobiltelefon. Jeg intervjuet 7 sykepleiere og 2 leger på intermediaeravdelingen, 2 sykepleiere på korttidsavdelingen, fagutviklingssykepleier på sykehjemmet og 2 sykepleiere ved bestillerkontoret, til sammen 14 personer. I tillegg var jeg observatør ved et fokusintervju med deltakere fra begge avdelingene, inkludert lege fra korttidsavdelingen og fire deltakere fra Helsedirektoratet. Fokusgruppeintervjuet inngår i Helsedirektoratets feltarbeid i utredningen av Én innbygger – én journal [38].

Bakgrunnen for at jeg intervjuet flere sykepleiere på IME enn på korttidsavdelingen var at IME hadde en større andel sykepleiere enn korttidsavdelingen, og at det var lettere å få tilpasset et intervju til arbeidssituasjonen for øvrig.

Noen refleksjoner

Jeg opplevde det nyttig at jeg hadde vært på avdelingen en stund, før jeg begynte på intervjuene. Jeg synes likevel det var vanskeligere å samle inn data ved intervju, enn jeg hadde forestilt meg på forhånd. Ved transkriberingen, som omtales nedenfor, så jeg at jeg flere ganger kunne ha stilt tilleggsspørsmål – for å ”bore” litt i dybden. Jeg følte litt på at jeg ikke ”ønsket” å stille spørsmål informantene kanskje ville føle ubehagelig eller vanskelig å svare på. Jeg følte også litt på at jeg brukte av arbeidstiden til sykepleieren og at hun hadde andre ting å gjøre også, enn å svare på mine spørsmål.

7.2.3 Fra tale til tekst (transkribering)

Jeg brukte lang tid på å transkribere lydopptakene til skrevet tekst. Den første utfordringen jeg opplevde var å få skrevet ned alt slik det ble sagt. Jeg hadde på forhånd sett for meg at jeg skulle transkribere alt ned til minste detalj. Det vil si at jeg skulle registrere alle ”eh”er, ”hø”er, ”hm”er og lignende. Ved avspilling av det første intervjuet viste det seg at det talte språket (lydopptaket) besto av mange flere ”fyllord” eller ”tilleggsord” som ”ja”, ”hm”, ”hø” etc. enn jeg hadde forestilt meg. I begynnelsen følte jeg det også unaturlig å høre min egen stemme.

Jeg spilte gjennom intervjuene flere ganger, og så intervjusituasjonene for meg. Hvordan vi satt, kroppslige bevegelser, nikk, smil og gestalter som kom til uttrykk sammen med ordene. Mange steder hadde ikke fyllordene eller tilleggsordene mening i seg selv, ut over det å understreke det som ble sagt. Ved noen spørsmål kom svarene raskt, andre ganger mer langsomt. Jeg erfarte at informantene var flinke til å ordlegge seg, og var reflektert i forhold til tema. Men det kom også mange enstavelssvar og forsiktige uttalelser. Enkelte steder tenkte jeg at jeg kunne ha fulgt bedre opp med oppfølgingsspørsmål.

Det var meget tidkrevende å få alle ”transkripsjonsnøkler” nøyaktig ned på papiret; etter å ha prøvd en stund kom jeg til at det viktigste for meg var å få ned meningsinnholdet i det som ble sagt. Det at jeg har utelatt enkelte ”eh”, ”hø”, gjentakelser av ord etc. fra transkriberingen mener jeg ikke skal påvirke analysen. Når jeg i etterkant av et intervju transkriberte teksten var jeg tilbake i intervjusituasjon, og jeg vurderte om fyllordene og tilleggsordene justerte betydningen av det som ble sagt. Jeg hadde også tilgang til lydopptakene under analysearbeidet.

Et annet spørsmål jeg brukte en del tid på var om og hvordan jeg skulle synliggjøre den transkriberte originalteksten i masteroppgaven. Arbeidet med transkriberingen var som nevnt tidkrevende og bidrar til å gi meg god innsikt i grunnlagsmateriale for analysen. Masteroppgaven vil i ettertid være tilgjengelig for flere, kanskje også på Internett. Selv

om informantene fremstår som anonyme kan det være at noen vil kjenne seg igjen, og at det vil kunne oppleves ubehagelig for den som ble intervjuet. Etter en samlet vurdering kom jeg frem til at selv om den første transkriberingen samt de første bearbeidelsene av data er en viktig del av masteroppgaven, bør de ikke inntas i dette skrevet. Utkastene jeg har utarbeidet i arbeidet med dette dokumentet er underlagsmateriale for vurderinger, funn og drøfteleser og er selvfølgelig tilgjengelig for sensor.

7.2.4 Målet for analysen av kvalitative data

Steinar Kvale påpeker at målet med analysen er å utvikle ny kunnskap, ikke å reprodusere kunnskap vi allerede har [S. Kvale i Malterud]. I helseforskningsloven er utvikling av ny kunnskap et vilkår for å betegne et prosjekt eller arbeid som forskning.

Ved hjelp av kvalitative forskningsmetoder kan ny kunnskap utvikles på flere nivåer. I følge Malterud kan det være 1) *beskrivelser* som gir oss forståelse av mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper ved et fenomen, 2) *begreper* som gir oss presise betegnelser og navn eller 3) *teoretiske modeller* som gir innsikt i mulige sammenhenger. Beskrivelsene kan gi grunnlag for å utvikle begrepene, og begrepene kan gi grunnlag for utvikling av teoretiske modeller.

Prosjektets problemstilling bestemmer hvilket nivå som er mest relevant. Det vil si om svarene på spørsmålene prosjektet stiller best kan belyses i form av beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. I dette prosjektet - hvor tema er sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter mellom sykehus og sykehjem - tar jeg først og fremst sikte på å få frem beskrivelser av samarbeidet og samhandlingen mellom personellet på sykehuset der pasienten utskrives fra, til personellet i kommunenes helse- og omsorgstjeneste hvor pasienten blir mottatt. Ståstedet har vært sykehjemmet.

7.2.5 Analyseprosessen

Analyse av kvalitative data dreier seg om å bygge bro mellom rådata og resultater. Dette gjøres ved at innsamlet materiale blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i prosjekts problemstilling skal vi stille spørsmål til materialet (Malterud).

Giorgi beskriver (i Malterud) en analyseprosedyre som gjennomføres i fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette.

Jeg oppfatter at en slik analyseprosess i utgangspunktet både gjelder ved analyse av intervjudata og ved analyse av observasjonsdata. Jeg forsøkte, men fant det vanskelig, å gjennomføre en slik analyseprosess med utgangspunkt i intervjudata og observasjonsdata samlet. Observasjonsdata uttrykker hvordan jeg som forsker ser eller oppfatter en situasjon. Selv om slike data også kan sies å være meningsbærende, er de

av en annen karakter enn meningsbærende enheter i intervjudata. Intervjudata gir først og fremst kunnskap om informantenes erfaringer og hvordan de opplever verden innenfor et bestemt område. Selv om disse forskjellene ikke kan sies å gjelde rendyrket – jeg har for eksempel nedskrevet noen meningsbærende setninger fra mine observasjoner, så mener jeg likevel det er god nok grunn til å analysere intervjumaterialet og observasjonsmaterialet hver for seg. Analysen nedenfor omfatter derfor i hovedsak intervjudata. Observasjonsdata, hvordan jeg som observatør har oppfattet ulike situasjoner, og nedskrevne sitater fra observasjonene, er benyttet for å underbygge funn, eller eventuelt redusere betydningen av funn, fra analysen av intervjudata.

Teoristyrte eller datastyrte analyse

Miller & Crabtree presenterer tre ulike strategier for analyse av kvalitative data, inndelt etter hvor styrende den teoretiske referanserammen har vært under analyseprosessen:

Bruk av strategi

1. innebærer at forskeren organiserer dataene med utgangspunkt i teksten, og krystalliserer ut det vesentlige. I følge Malterud er denne analyseformen personlig og uforpliktende, med risiko for manglende dokumentasjon av spranget mellom rådata og funn.
2. innebærer at forskeren identifiserer enheter i teksten, som gir grunnlag for å utvikle databaserte kategorier/klasser. Disse kategoriene brukes til å reorganisere teksten slik at meningen kommer tydelig frem (datastyrt analyse).
3. innebærer at forskeren sorterer teksten etter forhåndsdefinerte kategorier, som hentes fra teorien (teoristyrte analyse). I følge Malterud er det ved bruk av denne strategien risiko for å reprodusere allerede kjent kunnskap.

Som nybegynner på feltet følte jeg behov for å følge en på forhånd gitt analyseprosedyre. I mitt analysearbeid har jeg derfor tatt utgangspunkt i prinsippene og prosedyrene som Malterud betegner systematisk tekstkondensering.

Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering (STC) er i følge Malterud et redskap for tversgående analyser, som omfatter materiale fra flere forskjellige informanter. Jeg kom frem til at STC kan være en egnet metode i dette prosjektet. Metoden har i følge Malterud flere likhetstrekk med "Grounded Theory". Store Norske leksikon beskriver Grounded theory (GT) som

forskningsmetode innen sosiologi og psykologi hvor man starter med «blanke ark» i et forsøk på å utvikle en teori ut fra et datasett. Man forsøker med andre ord å utvikle en teori som kan forklare et fenomen eller en situasjon i motsetning til tradisjonell hypotesetesting som tar utgangspunkt i en bestemt teoretisk eller empirisk basert antagelse om forklaring som dernest testes ut.

Videre fremgår

Når prinsippene for grounded theory brukes i forskning, foregår datainnsamling og analyse parallelt. Utvikling av teoretiske begreper starter alt fra de første observasjoner (for eksempel undersøkelse av den første pasienten). Man anvender en åpen kodingsprosedyre der man gir navn til utsagn og hendelselementer ut fra deres substans, også kalt substansiell koding. Ved fortløpende å sammenligne nye observasjoner (informasjon innhentet fra nye pasienter) med tidligere innhentete data, utvikles kategorier og relasjonene mellom dem oppdages. Når ytterligere datainnsamling ikke lenger gir ny kunnskap, men bare bekrefter teorien som er utviklet underveis, avsluttes datainnsamlingen og analysene.

En viktig forskjell på tilnærmingen i GT og STC, slik jeg har benyttet STC, er at datainnsamlingen av intervjudataene i hovedsak var avsluttet når analysen ble påbegynt. Riktignok har jeg endret/utvidet observasjonssteder og informanter underveis i datainnsamlingen, men dette er ikke gjort etter en analyse av allerede foreliggende materiale. Drivkraften bak dette har først og fremst vært min leting etter svar, tvil om jeg har funnet det, og usikkerhet om de funnene jeg gjør virkelig kan sies å være forskningsbasert eller ny kunnskap. Underveis i analysen og etter hvert som resultatdelen av rapporten ble arbeidet frem, har jeg også måttet gå tilbake til dokumentstudier.

Viktig for meg i denne rapporten har vært å redegjøre for veien jeg har gått, fra rådata til resultater, på en slik måte at en leser selv kan se hvordan funnene er kommet frem, og derigjennom få en oppfatning av funnenes validitet og virkeområde og hvor langt de rekker. Jeg fulgte metoden for STC slik den beskrives av Malterud trinn for trinn.

7.2.6 Trinnene i analyseprosessen

Trinn 1 – få et helhetsinntrykk

Hensikten med første trinn var å bli kjent med materialet ”få det under huden”. Mitt intervjumateriale består av ca 100 sider transkribert intervjutekst. Begynnelsen på hvert intervju begynner på ny side, av de 100 er det derfor mange halvskrevne sider. Det totale materialet er derfor mindre, om lag 60 hele sider.

Jeg leste gjennom sidene flere ganger, og så etter tekstelementer som kan belyse hvordan informantene opplevde samhandlingen med sykehuset ved overføring av pasienter. Hva finnes i teksten som kan gi kunnskap om sammenheng og kvalitet på helsehjelp?

Ved gjennomlesing av materialet skrev jeg ned mange stikkord, men uten å ha en begrunnet oppfatning av relevans og senere gruppering/sortering under tema, eller

plassering som kode eller kategori. Stikkorende jeg skrev ned etter første gjennomlesing var:

- ikke samsvar mellom muntlig rapport og pasientens tilstand
- dobbeltkommunikasjon
- epikrise
- telefon
- medisinliste
- det kan ligge noe i datamaskinen som vi ikke vet om
- taster inn på nytt - faktaopplysninger som allerede er registrert et sted
- to dokumentasjonssystem internt i kommunen (både elektronisk og papir)
- spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen har ulike elektroniske systemer
- kunnskapsbehovet i spesialisthelsetjenesten og kunnskapsbehovet i kommunens helsetjeneste er ulikt
- tar tid å bygge opp kompetanse
- kompetanse som ikke blir brukt kan lett gå tapt
- kommunen har et omfattende omsorgstilbud til ulike typer pasienter med ulike behov
- behovene /prosessene med samhandling kan variere ut fra pasientens tilstand og behov for tjenester.
- forskjellige samhandlingsrutiner ved utskriving av pasienter til intermediæravdeling, korttidsavdeling og hjemmet
- behov for planlegging av videre oppfølging i kommunen allerede mens pasienten ligger på sykehuset
- tid er en utfordring
- gode kollegaer viktig
- lav terskel for å spørre kollegaer om råd/veiledning
- viktig at kommunikasjonen/informasjonen faktisk blir lest
- viktig at pasientdokumentasjonen er detaljert nok slik at den gir mening for leseren
- viktig med gode begrunnelser for et tiltak
- blir informasjonen i informasjonssystemet for vanskelig å finne frem til kan det hemme samhandling mer enn å fremme samhandling
- nok fagfolk, som er engasjert og tør å ta utfordringer.

I lys av intervjuguiden og stikkordene skrev jeg ned noen helt foreløpige spørsmål til materialet. Temaene ble ikke utarbeidet eller gruppert etter systematisk refleksjon. Hensikten med spørsmålene var å finne frem til og velge ut den meningsbærende teksten jeg skulle ta med meg videre i analyseprosessen.

1. Viktige utfordringene for god samhandling?
2. Får helsepersonell tilstrekkelig dokumentasjon når de tar imot nye pasienter fra spesialisthelsetjenesten slik at de kan følge opp pasienten på en god måte?
3. Hvilke typer kunnskap og ferdigheter er viktige?
4. Hvordan er læringsforholdene?
5. Opplevelse av utfordringer og mestring?
6. Hvilken informasjonskilde oppleves som viktigst?
7. Kvalitet, pasientmedvirkning og informasjon?
8. Opplevelse av hvordan ulike informasjonssystemer kan virke inn på samhandling og kvaliteten på helsehjelpen?
9. Opplevelse av samhandling – generelt?

Trinn 2 - å identifisere og kode meningsbærende enheter

Andre trinn av analysen innebærer å organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere. Relevant tekst skal skilles fra irrelevant tekst. Den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingene skal sorteres. I denne fasen leste jeg gjennom teksten fra intervjuene og skrev ned tekst som kan si noe om ett eller flere av de foreløpige spørsmålene jeg skrev ned i første trinn.

I praksis innebar dette at jeg klippet ut meningsbærende enheter fra det dokumentet som inneholdt hele den transkriberte teksten fra alle intervjuene samlet, og limte dem inn i et nytt dokument, under de foreløpige spørsmålene jeg stilte i første trinn.

Malterud påpeker at det er lønner seg å bruke tid på å drøfte hva man tenker om de forskjellige temaene en velger å bygge videre på, og hvordan disse kan tenke å belyse prosjektets problemstillinger. I arbeidet med organiseringen av tekstbitene gikk jeg flere runder med meg selv, litt frem og tilbake, om hva som bør utnevnes som tema. Jeg kom til at jeg foreløpig skulle la teksten stå under de ni teamene jeg skrev ned i trinn 1, og eventuelt komme tilbake til en re gruppering etter sammenfatningen av materialet i trinn 3, se nedenfor.

Trinn 3 – fra kode til mening

I tredje analysetrinn skal kunnskapen (innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet under samme tema) abstraheres; fortettes eller kondenseres til et kunstig sitat (kondensat). I systematisk tekstkondensering er undergruppen analyseenheten. Kondensatene er arbeidsnotater som skal brukes som utgangspunkt i presentasjonen av resultatene av analyseprosessen i fjerde trinn.

Kondensatene skal skrives i ”jeg” form og representere alle informantene. Malterud anbefaler å starte med den teksten som oppfattes som mest uttrykksfull og skrive inn tekst fra de øvrige meningene omkring denne teksten. Dersom det er en tekst som ikke kan inkluderes i sitatet, legges teksten til side. Senere i prosessen kan en da vurdere om teksten hører hjemme i en annen subgruppe, om den innebærer at kodegrupperingene

bør revurderes eller om teksten kanskje ikke er meningsbærende. Men denne fremgangsmåte gikk jeg gjennom alt materiale.

Jeg startet med å inndele en del av materialet i undergrupper. Arbeidet med kondensatene startet jeg med å gjennomgå teksten jeg hadde gruppert under ”viktige utfordringer for god samhandling”, blant annet fordi jeg allerede under kodingen hadde begynt å sortere dette materialet i undergrupper. Jeg opplevde trinn tre veldig arbeidskrevende og kom etter hvert til at jeg måtte gruppere kondensatene i andre grupper, enn hva som fremgår under trinn 1.

En gruppe fikk navnet ”tid”. Jeg skrev ned følgende kondensater:

Tiden er en stor utfordring, alle ting skal liksom skje så fort i dag. Hvorfor blir det så mange svingdørspasienter? Det er kanskje fordi at pasienten har vært så kort tid på sykehuset at de ikke vet nok om pasienten før han skrives ut, og pasienten derfor ikke er klar til å reise ut - og da kommer han inn igjen. Enkelt pasienter kan bli utskrevet den ene dagen, og i løpet av en, to, eller tre dager så må pasienten inn igjen.

Jeg synes det går unødvendig mye tid med til å skrive innkomstrapporter. Det som står i epikrisen fra sykehuset blir skrevet inn på nytt, i vårt journalsystem, når pasienten kommer hit. Særlig det å skrive inn alle medisinene pasienten står på er ressurskrevende.

Jeg kan føle på at jeg kanskje ikke har tid til å ta imot pasienten på en god nok måte. Innkomster tar tid. Jeg mener det er viktig å bruke tid på innkomster. Jeg må sette meg inn i pasientens sykehistorie, snakke med pasienten, få et klart bilde av pasientens utfordringer og problemer og lage en plan for videre oppfølging. Det er imidlertid sjelden jeg har tid til å ta meg god tid til pasienten, selv om jeg vet at det er det han ønsker. Jeg skulle ønske at det var mer tid til det. Det er kanskje det pasienten trenger aller mest.

En annen gruppe fikk navnet ”mangelfull tilgang til pasientopplysninger”. Jeg skrev ned følgende kondensater:

Kommunikasjonen hadde vært veldig mye lettere hvis sykehjemmet hadde hatt integrert journalsystem med sykehuset. Da hadde vi sluppet å be sykehuset fakse over papirer hvis de glemmer å sende dem sammen med pasienten. Det hadde også vært tryggere.

Manglende tilgang til journalsystemet på sykehuset gir et gap i informasjonen som er såpass stort at hvis jeg ikke er veldig observant og tenker på en måte - hva er det som kan hende at ikke står i denne epikrisen – fordi jeg har jo ikke noen forutsetninger for å vite hva som burde ha stått der.

Manglende tilgang til tidligere pasientopplysninger kan påvirke kvaliteten på helsehjelpen. Det gjelder for eksempel dersom en pasient som har vært veldig stabil, plutselig blir dårlig. Med tilgang til systemet til sykehuset kunne jeg gått inn og sett om pasienten har reagert på samme måte tidligere. Dersom en ser at det er det samme som tidligere kan en kanskje starte behandling, og kanskje også forhindre en re innleggelse på sykehus.

En tredje gruppering fikk navnet ”dobbelkommunikasjon/feilinformasjon”. Jeg skrev ned følgende kondensater.

I det siste har jeg opplevd at pasientinformasjonen fra sykehuset spriker. Sykehuset gir forskjellig informasjon til bestillerkontoret og til oss der pasienten faktisk kommer. Dette kan innebære at bestillerkontoret tilbyr pasienten hjelp på feil omsorgsnivå og gå ut over kvaliteten på helsehjelpen til pasienten.

Jeg har også opplevd at den muntlige rapporten vi får fra sykehuset i forkant av at pasienten kommer, ikke er i samsvar med pasientens tilstand når han kommer. Et eksempel kan være at vi får rapport om at pasienten ble innlagt og behandlet for hjerteinfarkt, er nå klar og orientert og oppegående, men trenger litt hjelp til stell. Når pasienten kommer til oss ser vi at det er stikk motsatt, og at pasienten trenger hjelp til det meste.

Det står Fragmin på kurven. Ikke på epikrisen. Jeg må ringe sykehuset å høre hva dette betyr.

En fjerde gruppering fikk navnet ”nøkkelen til god samhandling”. Jeg skrev ned følgende kondensat:

Jeg tror at nøkkelen til en god samhandling er utveksling av kompetanse og personale slik at vi får bedre kunnskap om og forståelse av hverandres arbeidsoppgaver. Det er viktig at pasienten og papirer kommer samtidig. Jeg synes også det er greit å snakke med en person jeg da, selv om jeg også vil ha ting nedskrevet.

Med bakgrunn i teksten jeg hadde nedskrevet under spørsmålet om ”helsepersonell får tilstrekkelig dokumentasjon når de tar imot nye pasienter fra spesialisthelsetjenesten” skrev jeg ned følgende kondensat:

Det er litt forskjellig. Avhengig av hvor pasienten kommer fra. Oftest er nok informasjonen tilstrekkelig, men noen ganger mangler det medisinske, noen ganger kommer pasienten uten papirer, noen ganger mangler lege epikrise og siste blodprøvesvar. I slike tilfeller ringer vi og spør, og det tar tid. Det kan være slitsomt å vente på faksen i en ellers stresset arbeidshverdag.

Med bakgrunn i den meningsbærende teksten om ”behov for kunnskap og ferdigheter” skrev jeg ned følgende kondensater:

Jeg har behov for både generalistkunnskap og spesialkunnskap. Jeg må kunne litt om alt og mye om noe, avhengig av hvilke pasienter som til enhver tid kommer hit. Jeg må ha basiskunnskap som sykepleier, som alle ferdig utdannede sykepleiere skal ha. Det omfatter kunnskap om ulike sykdommer, medisiner og ulike prøvetakninger, etc. Jeg må ha respekt, kunne kommunisere og reflektere rundt etiske spørsmål. Det er viktig å ha kunnskap om eldre, og ”det kliniske blikket”

Pasientene som kommer hit er ofte sykere enn de tidligere var, fordi de kommer raskere ut fra sykehuset. Det er kronisk alvorlig syke pasienter med mange diagnoser. Derfor er det viktig at jeg har kunnskap om mulige endringer som kan skje med pasienten og hvilke tiltak som jeg da må iverksette. Et eksempel er pasienter som har kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) og hjertesvikt. Da er det viktig at jeg har kunnskap som kan fange opp at pasienten for eksempel får lungeødem. Jeg må se pasientens behov, prøve å møte dem og ev. søke råd og hjelp fra en kollega, dersom det er nødvendig.

Jeg må også kunne lese og utføre oppgaver etter prosedyrer. Vi har mange forskjellige gjøremål her i avdelingen, og vi får ikke rutine på ting, slik som man ofte får på en spesialistavdeling. Det innebærer at jeg kanskje bruker noe mer tid på å utføre en enkelt prosedyre, enn de hadde gjort på en spesialistavdeling.

De pasientene som kommer hit skal hjem, ev. vurderes om de kan reise hjem. Med det for øye er det viktig at jeg klarer å få gjort hjemmesituasjonen solid og tilrettelagt, sånn at pasienten ikke trenger å bli lagt inn igjen tidlig. Jeg må kunne vurdere hvordan pasienten kan klare seg selv hjemme, hva pasienten selv kan klare av gjøremål og hva han ev. trenger hjelp til. Da må jeg samarbeide med bydelen. Det er viktig at jeg klarer å uttrykke pasientens behov klart og tydelig.

Med utgangspunkt i intervjudata knyttet til ”råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten” skrev jeg ned følgende kondensater:

I telefonsamtalen med sykehuset stiller vi alltid spørsmål om hvordan vi skal følge opp pasienten, og da svarer dem på det. Det kan gjelde oppfølging av sår, ernæringsopplegg og sårne ting. Hvis det er noe som er ukjent for meg som

sykepleier, så spør jeg om råd og veiledning om det, for eksempel pasienter som har VAP¹⁸ (venøs tilgangsport.)

Som oftest fremgår det av epikrisen hvordan pasienten skal følges opp med hensyn til blodprøver og undersøkelser og sånn, men råd eller veiledning utover det får vi ikke. Vi får en enkel rapport om funksjonsnivået til pasienten. Av og til kunne vi kanskje ha fått noe mer råd og veiledning, men på den annen side må en jo tenke litt selv også; det er også viktig tenker jeg. Noen ganger må vi søke råd og hjelp hos andre avdelinger, enn den pasienten utskrives fra, som har greie på akkurat det område vi trenger råd og veiledning om.

Med bakgrunn i teksten jeg hadde skrevet ned om ”læringsforhold” skrev jeg ned følgende kondensat:

Jeg synes det er veldig godt læringsmiljø her. Det er alltid noe nytt å drive med og alle hjelper hverandre. Dersom jeg har glemt hvordan jeg skal utføre en prosedyre er det som regel noen annen som husker den, og hjelper meg med å utføre den.

Vi bruker også rapportene aktivt til å lære om sykdommer, symptomer og sånn, og jeg tror at alle opplever det trykt å spørre dersom det er noe de ikke forstår. Ja, og så har vi en fagutviklingssykepleier som er veldig opptatt av å lære bort og hun er veldig nøye med å innhente kunnskap og bringe det videre til oss andre. Vi har også undervisning i ny og ne.

Med bakgrunn i den meningsbærende teksten jeg hadde skrevet ned om ” opplevelse av utfordringer og mestring – er oppgavene for komplekse” utformet jeg følgende kondensater:

Her får jeg brukt for de kunnskapene vi lærte på sykepleierskolen. Det er utfordrende og interessant. Det som gjør det spennende å jobbe innen eldreomsorgen, er at vi kommer borti så mye. På helger og kveld kan det imidlertid bli litt for komplekst, fordi vi er få sykepleiere. Og hvis jeg da også har bakvakt for en annen avdeling, så hender det at jeg ikke rekker alle oppgavene jeg bør gjøre.

Jeg har opplevd at pasienter sier til meg at ”jeg har blitt kastet ut fra avdelingen fordi det ikke er plass til meg der”. Det er litt sårt å høre. Det kan synes som om sykehuset bare tenker på å få pasienten ut, på første og beste mulige plass, selv om pasienten kanskje ikke er ferdig utredet eller har fått den beste behandlingen

¹⁸ (VAP er forkortelse for Venous Access Port. Dette er et lite kammer som legges under huden. Kammeret har tilgang til en blodåre gjennom en slange (kateter).

fra starten av. Jeg kan stille meg spørsmål om pasienten virkelig er ferdigbehandlet, men det er det sykehuset som bestemmer.

Kondensat under spørsmålet om ”hvilke informasjonskilde oppleves som viktig” ble slik:

Epikrisen. Når det gjelder spørsmålet om pasienten skal overføres til avdelingen er den informasjonen vi får per telefonen den første kontakten, og avgjørende for om pasienten kommer. Nå pasienten først har kommet hit, er det viktig med gode papirer, særlig epikrisen.

Kondensat under spørsmålet om ”pasientmedvirkning og pasientinformasjon” ble slik:

Jeg opplever ofte at pasienter som kommer hit har fått lite informasjon på sykehuset.

Med bakgrunn i den meningsbærende teksten som kunne knyttes til ”opplevelse av hvordan ulike informasjonssystemer kan virke inn på samhandling eller kvalitet på helsehjelpen” utformet jeg kondensatene:

Fører til unødvendig bruk av tid. For det første kan det bli mange dobbeltføringer. Jeg sitter hver dag og registrerer elektronisk samme opplysninger som er registret et annet sted, med de mulighetene for feil det fører med seg.

Det kan ta lenger tid før pasienten får den helsehjelpen han eller hun trenger. Hvis jeg plutselig har en pasient som har vært veldig stabil og plutselig blir dårlig - så kunne jeg gått inn å se om dette har hent tidligere, hvis jeg hadde hatt tilgang til journalen. Jeg kunne se om det er noen ting som er kjent, hva det i så fall kunne være, og hva man i slike tilfeller har gjort tidligere.

Jeg tror kanskje ikke det fører til dårligere kvalitet, men jeg tenker at ulike informasjonssystemer kan bidra til unødvendige innleggelser. Det hender at vi har reinnleggelse på grunn at vi ikke alltid har lege som vet hva som feiler pasienten. Hvis en hadde hatt tilgang til journalen kunne en se om pasientene tidligere hadde hatt de samme tegnene, og hvilken behandling han da hadde fått.

Trinn 4 fra kondensering til beskrivelser

I fjerde trinn skal tekstbitene settes sammen igjen – rekontekstualiseres. Funnene skal sammenfattes i form av gjenfortellinger og skrives i tredjepersonsform.

Gjenfortellingene kan legge grunnlag for nye beskrivelse eller begreper som kan deles med andre. Hensikten er å formidle til leseren hva forskningsmaterialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Sammenfatningen skal formidles på en måte

som er lojal overfor informantenes stemmer. På dette trinnet i prosessen reorganiserte jeg gruppene fra trinn 3 i

- kommunikasjon
 - dobbeltkommunikasjon/feilinformasjon
 - epikrise
 - telefon
- kunnskap og ferdigheter
 - behov for kunnskap og ferdigheter
 - råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten
 - læringsmiljø
 - opplevelse av utfordringer og mestring
- tid
 - vanskelig å rekke over pålagte arbeidsoppgaver
 - dobbeltarbeid

Hver enkelt undergruppe fikk sitt eget avsnitt. Jeg hentet ord og uttrykk fra de meningsbærende enhetene i teksten, men selve sammenfatningen er ikke sitater. Sammenfatningen er gjenfortellingene som gir en syntese av flere informaners uttalelser [7].

7.2.7 Sammenfatninger

Sammenfatninger under kommunikasjon

Dobbeltkommunikasjon og feil informasjon

Flere informanter tok opp problemer med dobbeltkommunikasjon eller feil informasjon. Flere sykepleiere har opplevd at sykehusets muntlige og skriftlige rapporter ikke stemmer overens. Sykepleierne på intermediæravdelingen har opplevd at den muntlige rapporten, som er avgjørende for om pasienten overflyttes til avdelingen, noen ganger er ”pyntet på”, og at beskrivelsen av pasientens behov for helsehjelp ikke samsvarer med pasientens virkelige behov. På korttidsavdelingen har de opplevd at sykehuset gir annen informasjon til bestillerkontoret enn til dem. Det kan innebære at pasienten blir plassert på feil omsorgsnivå og gå ut over kvaliteten på helsehjelpen til pasienten.

Flere informanter mener at utilstrekkelige journalsystemer og mangel på elektronisk kommunikasjon kan gå ut over kvaliteten på helsehjelpen. Et eksempel er at en stabil pasient plutselig blir dårlig. Med tilgang til sykehusets journalsystem kan en gå inn og se om dette har hent tidligere, hvordan problemet er håndtert etc. Dette kan både bidra til at pasienten raskere får virksom behandling på sykehjemmet og avklare om det er nødvendig at pasienten innlegges på sykehus.

Epikrise

De fleste informantene uttaler at sykehuset har fått god rutine med å sende epikrisen med pasienten; det er sjelden at den mangler.¹⁹ De fleste informantene mener også at epikrisen er den viktigste kilden til pasientkunnskap (i tillegg til pasienten selv). Regelen er at dersom det er motstrid mellom det som står i epikrisen og på medisinkurven, skal epikrisen følges.²⁰

Telefon

På intermediæravdelingen er den muntlige kommunikasjonen via telefon bestemmende for om pasienten kan få plass på avdelingen, og således avgjørende. Ut over dette uttaler de fleste informantene at mulighetene for å kunne kommunisere med helsepersonell eksternt per telefon er uvurderlig og fremmer samhandling. Som eksempel kan nevnes ved stell av sår. En sykepleier fortalte om en pasient som hadde et sår som ikke bedret seg. Hun ønsket derfor å samrå seg med sårpoliklinisk avdeling, drøfte prosedyrer og få støtte i egne vurderinger. En lege, som på sykehjemmet ofte var alene om det medisinske ansvaret, fortalte at det ofte kan det være behov for støtte til egne vurderinger, fra personell på sykehuset som kjenner pasienten fra tiden på sykehuset. Det gjelder individuelle og vanskelige beslutninger av stor betydning for pasienten, og da kan det være behov for dialog og forhandlinger om hvilke tiltak som kan gagne pasienten best.

Sammenfatninger under kunnskap og ferdigheter

Behov for kunnskap og ferdigheter

Alle informanter uttrykte at kunnskapsbehovet var stort. Pasientene som utskrives fra sykehus er i dag er mye sykere ved utskrivningen, enn de var tidligere. Det er ofte kronisk alvorlig syke pasienter med mange diagnoser. De fleste informantene fremfører at det både er behov for generalistkunnskap, og på enkelte områder spesialistkunnskap. En sykepleier opplyste at på ”hennes” avdeling hadde de ofte pasienter som har kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) og hjertesvikt. På denne avdelingen er det derfor viktig at personalet har kunnskap om mulige endringer som kan skje med slike pasienter og har kunnskap slik at de kan fange opp om pasienten plutselig får lungeødem. En annen sykepleier opplyste at på hennes avdeling hadde nærmere 80 % av pasientene kognitiv svikt. På denne avdelingen er det derfor helt nødvendig å ha kunnskap om dette. Alle informanter påpekte at det er viktig å se pasientens behov og å kunne beskrive dem så klart som mulig. Informantene i mitt materiale behandlet pasienter der målet for de fleste var å komme hjem etter 2 til 3 uker. Med det for øye uttrykte flere at rutiner på å vurdere hvordan pasienten kan klare seg selv hjemme, hva pasienten selv kan klare av gjøremål og hva hun/han eventuelt trenger hjelp til er viktig.

¹⁹ I den tiden jeg var observatør observerte jeg kun en gang at epikrisen manglet.

²⁰ I den tiden jeg var observatør observerte jeg diskrepans mellom epikrisen og medisinkurve 4 til 5 ganger.

Råd og veiledning

Informantene på intermediæravdeling uttalte at de alltid stiller spørsmål om hvordan de skal følge opp pasienten i telefonsamtalen med sykehuset, og at sykehuset da svarer dem på det. Det kan gjelde oppfølging av sår, ernæringsopplegg og sånne ting. Hvis det er noe som er ukjent for sykepleieren, så pleier hun/han å stille spørsmål om hvordan dette skal følges opp, det kan for eksempel gjelde en pasient som har VAP²¹ (venøs tilgangsport.)

Informanter på begge avdelinger uttalte at det som oftest fremgår av epikrisen hvordan pasienten skal følges opp med hensyn til blodprøver og undersøkelser og sånn, men at råd eller veiledning utover dette ikke gis; sykehuset gir en enkel rapport om funksjonsnivået til pasienten. Noen ganger må de søke råd og hjelp hos andre avdelinger, enn den pasienten utskrives fra, som har greie på akkurat det område de trenger råd og veiledning om. Informantene uttrykte at det av og til kunne vært ønskelig med noe mer råd og veiledning fra sykehuset. En informant påpekte at det også er viktig å tenke selv.

Opplevelse av utfordringer og mestring

Alle informantene uttrykte at arbeidet på avdelingen er utfordrende og interessant. Det som gjør det spesielt spennende å arbeide innen eldreomsorgen er at arbeidsoppgavene er varierte og en må kunne så mye forskjellig. De fleste opplyste at det kan bli litt for mye å gjøre i helger og på kvelden når det er for få sykepleiere.

Læringsforhold:

De fleste informantene uttrykte at læringsmiljøet er godt. De opplever at det alltid er noe nye nytt, og at alle hjelper hverandre så godt han. Dersom én har glemt hvordan en skal utføre en prosedyre er det som regel en annen som husker hvordan den skal gjøres. Flere påpekte at de hadde gode kollegaer og at det var lav terskel for å spørre hverandre.

Flere informanter nevnte også at de bruker rapportene aktivt i læringsøyemed og at de har fellesundervisning i ny og ne. En informant fortalte at de hadde snakket om en hospiteringsordning med sykehuset, at dette spørsmålet var blitt tatt opp, men foreløpig ikke blitt noe av.

Sammenfatninger under tid

Vanskelig å rekke over pålagte arbeidsoppgaver

Flere informanter fortalte at de ofte ikke fikk tid til å gjennomføre oppgavene sine i løpet av arbeidsdagen. De fortalte at de ikke har tid til å ta imot pasienten eller gi pasienten så god hjelp som de egentlig ønsket. Ett par informanter opplyste at

²¹ VAP er forkortelse for Venous Access Port. Dette er et lite kammer som legges under huden. Kammeret har tilgang til en blodåre gjennom en slange (kateter).

beslutningen om å innføre behovsstyrt bemanning (BOB), ikke var gjennomført i praksis på grunn av for få sykepleiere.²²

Dobbeltarbeid

Alle informantene opplevde utfordringer ved at sykehuset og sykehjemmet ikke kunne kommunisere elektronisk. I dag må all informasjon som kommer med pasienten registres på nytt i sykehjemmets journalsystem, inkludert medisinliste og legemiddelbruk, som fremgår av epikrisen. Dette tar tid. Ved tilgang til sykehusets journalsystem hadde de også sluppet å be sykehuset fakse over papirer når de glemte å sende dem sammen med pasienten.

Intern validitet

I arbeidet med sammenfatningen gikk jeg hele tiden tilbake til den opprinnelige transkriberingen for å sjekke om resultatet kunne tilbakeføres til informantene. Alle gjenfortellingene ovenfor kan tilbakeføres til de opprinnelige rådataene, selv om det ikke er slik at alle deler av teksten kan knyttes opp mot hver enkelt informant.

7.2.8 Fra analyse til kunnskap

Etter at trinn 4 var ferdig stilte jeg meg spørsmålet: Hvilken kunnskap gir denne analysen? Hvordan skal jeg formidle prosjektets funn? Ifølge Malterud har vi i en kvalitativ studie ingen forpliktelse til ”heldekkende rapportering”, det vil si sammenfatte alt som er blitt sagt i samtlige intervjuer. Som forskere skal vi prioritere rapportering av ny kunnskap som kan utvide eller utfordre eksisterende kunnskap på feltet, med utgangspunkt i de analytiske tekstene fra trinn 4.

Malterud påpeker at de redigerte tekstene skal ha klar forankring i de empiriske funnene. I arbeidet med resultatpresentasjon i kapittel 9 har jeg derfor gått flere ganger tilbake til de opprinnelige rådataene, for å være trygg på at det er ”informantenes stemmer” som formidles

Når det gjelder type kunnskap resultatpresentasjonen fokuserer på dette også sees i lys av observasjonene i prosjektet. Eksempel: Når jeg i mine observasjoner så at telefonen var et mye brukt hjelpemiddel i utveksling av informasjon, så synes det også naturlig å følge opp dette tema i resultatpresentasjonen.

7.3 Ethiske spørsmål

Dette forskningsprosjektet omfatter ingen fysisk inngrep i pasienten. Det skal heller ikke behandles (registreres og lagres) direkte personidentifiserbare opplysninger om pasienten. Under gjennomføring av observasjonene, og ved gjennomlesing av dokumentene som fulgte med pasienten, fikk jeg imidlertid kjennskap til taushetsbelagte opplysninger.

²² Avdelingen har fått diplom for bruk av BOB (som henger på vaktrommet), uten at det faktisk er gjennomføres.

Alt helsepersonellet jeg kom i kontakt med ble informert og samtykket til at jeg observerte dem. Pasientene jeg kom i kontakt med ble informert i henhold til informasjonsskriv, se vedlegg.

Prosjektet er forelagt Den regionale etiske komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK behandlet min prosjektsøknad på møte 15.mars 2013, se vedlegg.

8 Logistikk

Dette kapittel redegjør for logistikken ved overføring av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet. Logistikk er inndelt i:

- overføring av informasjon
- overføring av ansvar for helsehjelp
- overføring av pasienten

Innholdet i kapittelet bygger dels på mine observasjoner, dels på skrevne retningslinjer i avdelingene.

8.1 Overføring av informasjon

Informasjonsflyten ved overføring av pasienter fra sykehuset til intermedieravdelingen (IME) og fra sykehuset til korttidsavdelingen var forskjellig. Årsak til forskjellen ble begrunnet med at pasientene som ble overført til intermedieravdelingen ikke var definert som utskrivningsklare pasienter, og en mindre del av driftsutgiftene til avdelingen ble finansiert av sykehuset. Pasientene som ble overført til korttidsavdelingen var ferdigbehandlet fra sykehusets side (utskrivningsklar).

8.1.1 Sykehuset - intermedieravdelingen

All nødvendig informasjonsoverføring mellom sykehuset og intermedieravdelingen (IME) før pasienten kom til intermedieravdelingen skjedde i hovedsak per telefon.

Telefon fra sykehuset

Kontakten ble initiert ved at sykehuset henvendte seg per telefon til intermedieravdelingen og forespurte om plass.

Sykepleier på intermedieravdelingen meldte tilbake om det var ledig plass og etterspurte informasjon for å vurdere om den aktuelle pasienten kunne være en kandidat, sett i lys av avdelingens innleggelseskriterier. Sykehuset informerte IME per telefon, sykepleier på IME mottok informasjonen og registrerte den ned på et eget skjema, se vedlegg 5.

Informasjonen omfattet kontaktopplysinger (hvem snakket vi med og hvor kan vi ringe) og pasientopplysninger som diagnose, årsak til innleggelsen i sykehus, medisinbruk, pasientens nåværende tilstand og om pasienten kan forventes å reise hjem etter 2 uker. Sykepleier på IME spurte alltid om formålet med at pasienten ble søkt innlagt på avdelingen; hvilke behandlingsoppdrag gis avdelingen. Dette sett i lys av at et av kriteriene for å bli innlagt på avdelingen var at pasienten skulle ha behov for spesialisert medisinsk behandling.

Sykepleier på intermedieravdelingen informerte alltid i telefonsamtalen om at epikrise, medisinliste, laboratorierark, sykepleierrapport og siste blodprøvesvar måtte følge med pasienten når hun/han kom. Videre ble det presisert at pasienten måtte samtykke til

overføringen, at hun/han må ligge på dobbeltrom, betale 134,00 kr. per døgn for oppholdet og ha penger for eventuell egenandel til transporten til sykehjemmet.

Det hendte at sykepleieren fra sykehuset som initierte kontakten med IME ikke kunne svare på alle spørsmålene sykepleieren fra IME stilte. I slike tilfeller ble det avtalt at sykepleieren fra sykehuset skulle undersøke saken og ringe opp igjen senere. Sist nevnte skjedde tre ganger i løpet av mine observasjoner ved IME.

Enkelte ganger kunne det i løpet av den første telefonsamtalen være ganske klart at den omsøkte pasienten var kandidat for IME. I slike tilfeller ga sykepleieren beskjed i telefon at pasienten kunne overføres, og tidspunkt for når pasienten kunne komme ble avtalt.

I løpet av min observasjonsperiode var det utbrudd av Norovirus på avdelingen. Sykepleieren på IME informerte i løpet av denne perioden under telefonsamtalen om dette, og ba sykehuset på basis av denne informasjonen foreta en ny vurdering av om pasienten burde overføres. Jeg observerte to tilfeller der sykehuset meldte tilbake at de da avventet overføring av pasienten.

Forhandlinger på IME i etterkant av telefonsamtalen med sykehuset

Avhengig av pasientsituasjonen ved avdelingen, ledige plasser, hvor mange pasienter som ble søkt innlagt, planlagt behandlingsforløp etc. drøftet sykepleierne på IME om de kunne ta imot den omsøkte pasienten.

Telefon til sykehuset

Når det var avklart om pasienten kunne tas imot på intermediærenheten ga avdelingen informasjon om dette til sykehuset per telefon.

8.1.2 Sykehuset - korttidsavdelingen

Innledning

Pasientene på korttidsavdelingen kom dels fra eget hjem og dels fra sykehuset. Avdelingen hadde 6 rullerende plasser, det vil si at pasienten vekselvis var 2 uker hjemme og 2 uker på korttidsavdelingen. I tiden pasienten var hjemme kunne hun/han også ha et sykehusopphold, det vil si bli innlagt i sykehuset fra hjemmet og bli utskrevet fra sykehuset til hjemmet. I slike tilfeller gikk informasjon om pasienten fra sykehuset til fastlegen og fra fastlegen til sykehjemmet. Sykepleierne fortalte at det kunne være en utfordring for personalet på korttidsavdelingen å sette denne informasjonen sammen i riktig rekkefølge og se sammenhengen i pasientens sykehistorie.

Jeg opplevde at de største kommunikasjonsutfordringene for korttidsavdelingen oppsto der pasienten kom hjemmefra, og dette kom også frem i intervjuene. Det gjaldt først og fremst medisinbruk; hvilke var de sist ordinerte medisinene til pasienten. Manglende informasjon kunne også omfatte avtaler pasienten hadde gjort mens hun/han var på

sykehuset eller hjemme, for eksempel om poliklinisk kontroll. Det førte til at pasienten kunne utebli fra kontrollen fordi avdelingen ikke hadde fått informasjon om den. Da tema i denne oppgaven er sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter mellom sykehus og sykehjemmet omtales ikke dette nærmere her.

Sammensatt kommunikasjons – og informasjonsflyt

Kommunikasjons – og informasjonsflyten ved overføring av pasienter fra sykehuset til korttidsavdelingen var mer sammensatt enn den var ved overføring av pasient fra sykehuset til intermediæravdelingen - ved at bestillerkontoret i bydelen var en viktig aktør - et mellomliggende ledd.

Faks og telefon mellom sykehuset og bestillingskontoret

Kommunikasjons- og informasjonsflyten starter mellom sykehuset og bestillerkontoret i bydelen, og som regel før korttidsavdelingen har blitt en aktør i samhandlingen om den aktuelle pasienten.

Kommunikasjons- og informasjonsflyten mellom sykehuset og bestillerkontoret skjedde ved meldingsutveksling, inkludert telefonsamtaler. Dette er omtalt i kapittel 7 og i vedlagte feltnotater. Mens meldingsutvekslingen pågikk undersøkte bestillerkontoret hvordan pasienten best kunne følges opp i kommunen, inkludert hvor det var ledige plasser.

Bestillerkontoret registrerte fortløpende relevant og nødvendig pasientinformasjon, inkludert pasientinformasjonen de mottar fra sykehuset, i informasjonssystemet Geric.

Faste ukentlige møte mellom bestillerkontoret og korttidsavdelingen

Hver tirsdag kom sykepleier fra bestillerkontoret til korttidsavdelingen for gjensidig informasjonsutveksling. På disse møtene ble alle pasientene på avdelingen gjennomgått. For bestillerkontoret var fokus å få oversikt over avdelingens pasientbelegg og hvem som kunne utskrives, dels med henblikk på ledige plasser og dels med henblikk på oppfølging av pasientene etter utskrining til relevant omsorgsnivå.

Informasjon fra bestillerkontoret til korttidsavdelingen via Geric

Bestillerkontoret informerte korttidsavdelingen om at pasient skulle innlegges via Geric. Informasjonen ble både registrert i modulen plassadministrasjon og som såkalt OL beskjed. All pasientinformasjon som er registrert om en pasient i bydelen er registrert i Geric i ulike moduler. Det gjelder uavhengig av hvem som har gitt tjenesten, og uavhengig av omsorgsnivå. Når det er besluttet at en pasient skal overføres korttidsavdelingen får avdelingens personale tilgang til pasientens opplysninger i Geric.

Avdelingens personale har også tilgang til meldingsutveksling som skjer og har skjedd om pasienten mellom andre aktører, for eksempel mellom fastlegen og hjemmesykepleien, gjennom eLink.

Telefon med sykehuset

I tillegg til informasjon fra Gerica ringte personale fra sykehjemmet ofte, men ikke alltid, til sykehuset for å få utfyllende informasjon om pasienten.

8.2 Overføring av helsehjelp

Ulike vedtaksmyndigheter

En annen viktig forskjell på intermediæravdelingen og korttidsavdelinger var innleggende myndighet. Ved intermediæravdelingen var avdelingsleder gitt myndighet til å treffe vedtak om innleggelse i avdelingen, mens bestillerkontoret har myndighet til å treffe vedtak om innleggelse i korttidsavdelingen. Hovedbegrunnelsen for å legge vedtaksmyndighet for innleggelse til intermediæravdelingen på avdelingen var ønske om en enklere samhandlingsmodell mellom sykehuset og avdelingen [50].

Overføring av plikt til å yte helsehjelp

Begrepet helsehjelp er vidt og omfatter enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell [23]. Både sykehuset og helse- og omsorgstjenesten i kommunen er ansvarlig for å yte pasienten nødvendig helsehjelp, men pasientoppgavene deres er forskjellige.

Mens sykehuset skal ha hovedfokus på utredning, diagnostikk og behandling, har sykehjemmet hovedfokus på pleie – og omsorg og å videreføre den behandlingen som er påbegynt i sykehuset. I tillegg skal sykehjemmet tilrettelegge hjemmesituasjonen for pasienten slik at hun/han fortsatt kan bo i eget hjem.

Når en pasient forlater sykehuset og skrives inn på sykehjemmet, skifter ansvaret for å yte omsorgstjenester til pasienten fra sykehusets sykepleiere til sykepleierne på sykehjemmet. Det er da det kommunale pleiepersonalet som må bestemme type og omfang tjenester pasienten trenger, innenfor juridiske og de organisatoriske og økonomiske rammer som er fastsatt for kommunen.

Jeg observerte ikke noen tegn på at personalet på sykehjemmet syntes at sykehuset gikk for langt i å prøve å påvirke innholdet i helsehjelpen. Noen av dem jeg intervjuet kunne nok heller tenke seg at sykehuset ga litt mer råd og veiledning, enn mindre.

8.3 Pasientens vei ved overføring fra sykehuset til sykehjemmet

Pasienten kom som regel i drosje til sykehjemmet, eventuelt syketransport, fra sykehuset til sykehjemmet. Transporttiden var ca. ½ time. Pasientopplysninger fulgte med pasienten under transporten og ble overlevert ved ankomst.

9 Resultater

Studien viser at det er kommunikasjonsutfordringer ved overføring av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet. Informasjonen som ble gitt ved overføring av pasientene gjenspeilte ikke pasientens tilstand ved ankomst til sykehjemmet. Sykehuset og sykehjemmet hadde ikke etablert elektronisk kommunikasjon. Samme opplysninger ble registrert flere steder i pasientens journal. Journaldokumentene (epikrise, kurve, lab. svar etc.) kom sammen med pasienten, og det skjedde ofte at opplysninger manglet. Opplysninger som manglet ble etterspurt per telefon og ettersendt per faks. Sykepleierne brukte mye tid på elektronisk registrering av opplysningene som ble oversendt, inkludert medisinske opplysninger og blodprøvesvar. Telefonen var en sentral kommunikasjonskanal. Avdelingene var meget kunnskapsintensive, og kunnskapsdannelsen skjedde først og fremst mellom personalet internt, ved samhandling ansikt til ansikt, gjensidig påvirkning og i møte med pasienten.

9.1 Kommunikasjonsutfordringer

Bruk av forskjellige kommunikasjonsprosesser kan endre innholdet i informasjonen

Flere av dem jeg intervjuet hadde opplevd at informasjonen sykehuset ga om pasienten spriket, avhengig av hvem som mottok informasjonen, og av hvilken informasjonskanal som ble brukt. Sykehuset hadde en tendens til å fremstille pasienten annerledes overfor bestillerkontoret enn til den avdelingen pasienten til slutt havnet på. Bestillerkontoret i kommunen treffer beslutning om hvilket omsorgsnivå og på hvilken sykehjemsavdeling pasienten skal tilbys plass.

Og det har vi opplevd spesielt i det siste, hvor vi har erfart at sykehuset er ærligere overfor oss, og forteller om pasientens tilstand, enn de er til bestillerkontoret. Blant annet var det en pasient i forhold til smitte, som var alvorlig - og det hadde de ikke sagt til bestillerkontoret - og det har noe med hvor man plasserer pasienten ikke sant. (fagutviklingssykepleier)

Beslutning om hvilke helse- og omsorgstjenester en pasient skal tilbys og hvilket omsorgsnivå, krever at den som treffer beslutningen har riktig og tilstrekkelig informasjon om pasienten. Manglende eller feil informasjon hos beslutningstaker medfører fare for at pasienten tilbys hjelp på feil omsorgsnivå, og ikke får den hjelpen hun/han har behov for. Bydelens inndeling av helse - og omsorgstjenester i omsorgsnivå er omtalt i kapittel 6.

Informasjonen om pasienten gjenspeilte ikke pasientens tilstand

Flere sykepleiere fortalte at de hadde opplevd at den muntlige rapporten de fikk fra sykehuset i forkant av at pasienten kom, ikke samsvarte med pasientens tilstand når hun/han kom til avdelingen.

En sykepleier fortalte at avdelingen hadde fått rapport om at pasienten ble innlagt og behandlet på sykehuset for hjerteinfarkt, var klar, orientert og oppegående, men trengte litt hjelp til stell. Når pasienten kom til avdelingen viste det seg å være stikk motsatt, pasienten trengte hjelp til det meste. Noen uttrykte en viss forståelse for at den informasjonen som ble gitt ikke alltid viste seg å stemme.

Det er klart at det hender at pasientene er beskrevet – for de meldes per telefon – at de er beskrevet som litt mer velfungerende enn de er når de kommer frem. Når de kommer til oss så ser vi at for eksempel – ”pasient kommer med prekestol” - så viser det seg at pasienten nesten ikke står på beina, men det er ikke, jeg synes ikke det er noe problem. Vi kan forstå det også, hvis sykehuset er pressa og de prøver å sminke det litt da – for å få oss til å ta imot pasienten – så har vi forståelse for det også, ikke sant. (sykepleier IME)

Personalet på sykehjemmet opplevde ofte at informasjonen fra sykehuset vedrørende en pasient ikke stemte overens med pasientens faktiske tilstand ved ankomst. Dette kan føre til merarbeid for personalet som må revurdere oppfølgingen av pasienten, og at pasienten må vente litt ekstra før hun/han får den hjelpen hun/han trenger.

Manglende samsvar ved dobbelt registreringer

En spesiell type uoverensstemmelse alle informantene fortalte om, var manglende samsvar mellom medikamentinformasjonen på epikrisen og medikamentinformasjonen på medisinkurven. Utsagn fra en sykepleier som sto foran medisinskapet for å finne frem medisiner til en pasient er illustrerende:

Det står Fragmin på kurven. Ikke på epikrisen. Jeg må ringe sykehuset å høre hva dette betyr.

Pasientens medisinaliste på sykehuset, som oversendes til sykehjemmet, kan være forskjellig fra medisinalopplysningene på epikrisen til pasienten, som oversendes fra samme sykehus. Dette kan medføre at pasienten ikke får rett medisin i rett dose i rett tid. Det kan også medføre at pasienten får andre medisiner enn de hun/han skulle ha fått.

Re-registrering av journalopplysninger på sykehjemmet gir mindre pasientkontakt

Sykehuset og sykehjemmet har to forskjellige journalsystemer. Når pasienten kom til avdelingen ble all journalinformasjon som fulgte med pasienten fra sykehuset registrert på nytt i pasientens elektroniske journal på sykehjemmet; det som allerede var registrert i pasientens journal på sykehuset. Denne registreringen krever tid. Flere av dem jeg intervjuet fortalte om dette:

Ja, for vi må jo sitte og skrive inn et sammendrag av epikriser [..]. Vi lager jo hva som har skjedd på Ullevål, og det ville vært veldig tidsbesparende å slippe å skrive.” (sykepleier IME)

[...], men vi dokumenterer så mye. Det kan være det er riktig. Jeg ser jo nesten ikke pasienter [...] før det er gått mange timer. Og da sitter man desperat foran denne der [...] for eksempel alle medisinerne og blodprøvene - vi tar jo ganske mange blodprøver, – for det jeg gjør nå er å – når jeg får blodprøvesvar på 10 til 20 pasienter, må jeg sitte å skrive [...], og det er unødvendig. (lege)

Registrering av de samme opplysninger flere steder i pasientens journal innbærer fare for feilregistreringer og manglende samstemmighet på journalopplysningene r. Det er tidkrevende og innebærer at personalet har mindre tid til å være sammen med pasienten.

Manuell informasjonsutveksling er arbeidskrevende og en tidstyv

Jeg observerte at all informasjonsutveksling mellom sykehuset og sykehjemmet skjedde via telefon, papirer eller faks. Papirene kom sammen med pasienten. Papirene inneholdt utvalgte dokumenter/opplysninger fra pasientens journal, og omfattet epikrise med medisinersikt, kopi av medisinarke, sykepleier epikrise/rapport, kopi av laboratorieprøver, og eventuelle røntgenundersøkelser pasienten hadde vært til. Den som mottok pasienten kontrollerte at alt som skulle være med, var med. Flere av dem jeg intervjuet fortalte at det ofte manglet informasjon, som da ble etterspurt per telefon, og ettersendt fra sykehuset per faks. De fortalte at dette krever ekstra arbeid og tar tid; det tok tid å komme frem til rett person på telefonen, og det tok tid å vente på at papirene skulle komme. I en stresset hverdag kunne dette oppleves veldig slitsomt. På den ene avdelingen jeg var observatør var faksen plassert i første etasje. Det betød at en måtte gå ut av avdelingen og ned i første etasje for å hente papirene. Som observatør erfarte jeg dette flere ganger.

I blant kan det mangle medisinkurve, laboratorieark eller noe sånt, eller legeepikrisen eller sykepleier epikrisen kan være mangelfull. Da må vi ringe og spørre etter det, men det tar ofte tid; å komme frem og å vente på faksen. Det er veldig slitsomt. Når man har en stresset hverdag fra før, og så må ringe og få tak i rett person, og så vente på faksen. Det blir mye jobb. (sykepleier IME)

Ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem skal det følge med flere typer dokumenter fra pasientens journal på sykehuset. Det hender iblant at et eller flere dokumenter ikke følger pasienten, og da etterspørres de per telefon av personell på sykehjemmet. Personell på sykehuset må lete frem dokumentene og ettersende dem per faks. Per i dag skjer all dokumentoverføring fra sykehuset til sykehjemmet per faks eller taxi.

Informantene trodde de kunne gitt bedre hjelp hvis de hadde hatt tilgang til pasientens opplysninger som var lagret på sykehuset

Flere av dem jeg intervjuet uttrykte at det kunne gi bedre sammenheng i helsehjelpen dersom sykehuset og sykehjemmet hadde hatt tilgang til de samme opplysningene om pasienten. En jeg intervjuet nevnte som eksempel en tidligere stabil pasient, som

plutselig var blitt dårligere. Dersom sykehjemmet hadde hatt tilgang til pasientens journalopplysninger på sykehuset, kunne personale på sykehjemmet gått inn i journalen og sett om dette var noe som hadde skjedd tidligere med pasienten, om det var noe kjent, og hvilken behandling pasienten i så fall hadde fått. Dersom det som skjedde med pasienten nå, også hadde skjedd tidligere, kunne en kanskje ha behandlet pasienten der og da, og hindret en reinnleggelse.

Det hadde vært veldig lett å ha samme system, slik at man lett kunne gått inn og se hva som hadde blitt gjort tidligere; når du plutselig får - har en pasient som har vært veldig stabil og plutselig blir dårlig - så kan du gå inn å se om dette har hent tidligere - om det er noe som er kjent, og hva det i så fall kan være - og hva man har gjort av behandlinger tidligere. Jeg skal jo ringe lege og ambulanse og sånt, om det er nødvendig, men om en tidlig kan se om det begynner å bli samme tegn som det har vært tidligere, så kanskje man kan klare å forhindre en re innleggelse på sykehus.(sykepleier IME)

En av legene jeg intervjuet fortalte at hun opplevde at manglende tilgang til pasientens journalopplysninger på sykehuset ga et gap i informasjonen, som ikke bare kunne hemme samhandlingen, men også ha betydningen for kvaliteten på helsehjelpen. Hun fortalte at gapet i informasjonen krevde at hun måtte være veldig observant, og at hun alltid lurte på om det var noe som ikke sto i epikrisen, som burde ha stått der.

Ja den ikke bare hemmer samhandlingen. Jeg skal ikke bruke uforsvarlig. Uforsvarlig er et sterkt ord, men det er, jeg vil si at det – det gir et gap i informasjonen som er såpass stort at hvis jeg ikke er veldig observant og tenker på en måte - hva er det som kan hende at ikke står i denne epikrisen – ikke sant - fordi du har jo ikke noen forutsetninger for å vite hva som burde ha stått der egentlig. Du må kunne tenke: Når de har det - så har de også ofte det – du må tenke veldig hypotetisk for å kunne – jeg lurar alltid på om det er noe som burde ha stått der som ikke står der. (lege IME)

Mulighet for tilgang til pasientens journal på sykehuset fra sykehjemmet hadde gitt helsepersonell på sykehjemmet mulighet til selv å finne frem nødvendige og relevante opplysninger om pasienten. Det fine med å kunne finne frem opplysningene selv er at en kan være trygg på at det ikke står noe der, som kan være uteglemt i oversendelsen. Videre kan en søke frem opplysningene når det er behov for det.

Ulike årsaker til at opplysningene fra sykehuset er mangelfulle

En informant stilte spørsmål om årsaken til at opplysningene fra sykehuset noen ganger var mangelfulle skrev seg fra at pasienten hadde vært så kort tid på sykehuset at de ikke kjente til noe annet om pasienten, enn akkurat det som skrev seg fra den aktuelle innleggelsen.

Noen ganger er informasjonen fra sykehuset mangelfull. Det er kanskje fordi at pasienten har vært så kort tid på sykehuset at de kanskje ikke vet noe mer om pasienten enn akkurat den innleggelsen. Da må vi ha videre opplysninger fra hjemmesykepleien via bestillerkontoret. (sykepleier korttidsavdelingen)

Det kan være ulike årsaker til at personalet på sykehjemmet opplever informasjonen fra sykehuset som mangelfull. Sykehuset har ofte ikke all den informasjonen som skal til for å følge opp pasienten etter utskrivningen fra sykehuset, fordi pasienten har vært der i så kort tid, innen hun/han er utskrivningsklar.

9.2 Behov for informasjonskanal som kan formidle rik informasjon

Samtalen – initierer og videreutvikler

Dem jeg intervjuet på intermediæravdelingen fortalte at det var den muntlige kommunikasjonen med sykehuset via telefon som initierte spørsmålet om en pasient kunne overføres til avdelingen. Telefonen var også en viktig kanal for samhandling med spesialisthelsetjenesten under pasientens opphold i avdelingene; blant annet for dialog, råd og veiledning. I løpet av mine observasjoner erfarte jeg flere ganger at sykepleier eller hjelpepleier tok kontakt med ulike aktører i spesialisthelsetjenesten. Det kunne gjelde kontrolltime på poliklinikk, øyelege, eller tannlege, eller være behov for å drøfte ulike tiltak. Slike henvendelser ble alltid dokumentert i pasientens journal på sykehjemmet.

I forhold til vurderinger om den aktuelle pasienten passer til å være her, om de vil ha nytte av å være her, så er jo telefonen den første kontakten.

En muntlig telefonhenvendelse fra sykehuset til intermediæravdelingen på sykehjemmet setter i gang prosessen for overføring av en pasient fra sykehuset til avdelingen. Spørsmål om en pasient kan overføres fra sykehuset til intermediæravdelingen avgjøres etter en eller flere muntlige telefonsamtaler. Telefonkontakt er således avgjørende for om en pasient innlegges på avdelingen.

En sykepleier fortalte at telefonen ble mye brukt ved utveksling av informasjon under pasientens opphold på sykehjemmet, for eksempel:

I forrige uke så stelte jeg et sår – ut fra en prosedyre fra Aker – sårpoliklinikken der. Jeg så at det var ingen bedring i såret til pasienten og da ringte jeg opp til sår poliklinikken, konfererte, fortalte hvordan såret så ut, kom med forslag; kan jeg prøve det og det, og etterpå noterte jeg alt i Gericca.

Telefon kan være en fin kommunikasjonskanal for å drøfte ulike typer helsehjelp, råd og veiledning. Telefonkontakt legger til rette for at oppringer umiddelbart kan få tilbakemelding på aktuelle problemstillinger, problemstillinger kan utdypes og

misforståelser unngås eller oppklares. Telefontakt kan også gi trygghet på at egne vurderinger synes faglig vel begrunnede.

Telefonen kunne være et forstyrrende element

I løpet av mine dager på avdelingene overvar jeg flere telefonsamtaler sykepleiere og hjelpepleiere hadde med eksterne aktører. Oppringningen kunne enten skje fra en av avdelingene jeg var observatør, eller oppringningen kunne komme utenfra. Oppringning fra avdelingene skjedde som regel fra vaktrommet, og jeg opplevde samtalene veldig positivt for samhandlingen om helsehjelp til pasienten. Dette er nærmere beskrevet ovenfor.

Erfaringene jeg gjorde om at telefonen også kan oppleves som et forstyrrende element omfattet først og fremst oppringninger utenfra, inn til avdelingen, mens personalet var opptatt med en pasient. Jeg observerte at telefonringing kunne føre til brudd i helsehjelpen under stell av pasient, under samtale med pasient, og under utføring av prosedyrer som innleggelse av blærekateter eller blodprøvetaking.

Ja, det er forferdelig uro. Vi ville helst ikke hatt de telefonene, hadde vi fått lov til å unngå dem. De er ikke til – de er en pest og en plage – for mange pasienter.[...] Og selv om du ikke tar den telefonen, så er du på en måte litt ute av det. Og det forstyrrer både den som skal hjelpe og ikke aller minst pasienten. Det er følt for pasienten både om du tar telefonen og om du ikke tar den, fordi bruddet er jo der allerede.(fagutviklingssykepleier)

Telefonen var først og fremst et forstyrrende element for de som ble ringt opp når de var i ferd med å utføre andre oppgaver, og var sammen med pasienten. Den som ringer kan i stor grad selv bestemme om og når hun/han vil ta den aktuelle telefonoppringningen.

9.3 Kunnskapsutfordringer

Stort behov for faglært personell med bred kompetanse og klinisk blikk

Samhandlingsreformen innebærer at flere oppgaven innen helse- og omsorgstjenesten skal løses i kommunen. Videre skal veksten i behov for tjenester skje i kommunen. Flere jeg intervjuet fortalte at de hadde behov for personer med bred fagkompetanse, som kunne litt om alt, kunne utføre oppgaver etter prosedyrer og lære seg nye ting.

Vi må kunne mye forskjellig her. Ja, vi blir sånne generalister da, når vi ikke har noen spesialisering – så vi må kunne litt om alt. Og så må vi kunne lese prosedyrer – for det kommer nye ting, ikke sant. Du får ikke så rutine på ting. Du bruker sikkert lenger tid på en del prosedyrer, enn det de vil gjøre på en spesialavdeling da, men det må vi. Da må vi ha tid til det. Vi får det ikke i fingrene på samme måte som de som driver med det samme hele dagen på en spesialavdeling. (sykepleier IME)

En sykepleier fokuserte på evnen til dokumentasjon, kommunikasjon og ”klinisk blikk

Kommunikasjon er jo kjempeviktig – det å ha det kliniske blikket – er kjempeviktig. Det kliniske blikket er alfa og omega her. Vi må bli mer detaljerte i dokumentasjonen slik at vi kan få et helt bilde av pasienten. (sykepleier korttidsavdelingen)

En sa det slik:

Vi har et forbedringspotensial. Dokumentasjonen bør bli mer detaljert.

Pasienter på en sykehusavdeling har ofte samme type sykdom. Pasientene på sykehjemmet kommer fra ulike typer sykehusavdelinger og pasientene kan ha helt forskjellige sykdommer og problemer, som alle krever en faglig tilnærming. Det betyr at behovet for breddekompetanse er større på et sykehjem enn et sykehus. En sykepleier sa det slik:

Det er jo det som er spennende ved å jobbe innenfor eldreomsorgen, fordi du kommer borti alt. Du blir ikke den der spesialisten på den ene lille tingen. Vi hadde for noen år siden et samarbeid med Ullevål - med slagenheten hvor vi var og hospiterte – og [...] sykepleierne der var og hospiterte hos oss. Og da sa de at de kunne jo aldri ha vært her, for vi hadde jo alt. Men det er samtidig det som er spennende – fordi at du må være oppdatert på veldig mange ting. Kanskje de går dypere inn i sitt fagfelt enn vi gjør, men vi kan utrolig mange ting.

Etter samhandlingsreformen skriver sykehuset ut pasientene tidligere enn de gjorde før. Det betyr at personalet på sykehjemmet skal yte helsehjelp til sykere pasienter enn de gjorde tidligere. En viktig forutsetning for samhandlingsreformen var derfor at det skulle skje en kompetanseoppbygging i kommunen. Mange pasienter som innlegges på korttidsavdelingen har kognitiv svikt. Behovet for personell med kunnskap om og erfaring i å yte helse- og omsorgshjelp til pasienter med kognitiv svikt har økt i den senere tiden. Mange pasienter har også en hjerte- og lungesykdom, i tillegg til annen lidelse. Siden mange eldre ofte har flere sykdommer på en gang, kreves også kunnskap om hvordan ulike sykdommer kan innvirke på hverandre. I løpet av de dagene jeg var observatør på avdelingene merket jeg meg at mange pasienter sto på mange forskjellige medisiner. Kunnskap om virkninger og bivirkninger av medisiner, hvordan de kan innvirke på hverandre og det å kunne observere hvordan medisinene virker på pasienten er helt nødvendig for at pasienten kan få helsehjelp av god kvalitet.

Sykepleierne jeg intervjuet fremhevet at de hadde behov for ulike typer utdypende kunnskap. En sykepleier på intermediæravdelingen mente at avdelingen hadde mange pasienter med KOLS sykdom og hjertesvikt og fremhevet behovet for kunnskap om disse sykdommene. Fagutviklingssykepleier fortalte at på korttidsavdelingen hadde nærmere 80 % av pasientene kognitiv svikt. Hun mente at på denne avdelingen var det

helt nødvendig å ha kunnskap om demenssykdom, inkludert kunnskap om hvordan man tilnærmet seg og snakket med pasienter med demenssykdom.

Jeg synes vi ofte får KOLS pasienter og hjertesviktpasienter. Det er veldig viktig med erfaring med pasienter med hjerteproblemer, anatomisk kunnskap, kunnskap om KOLS og bivirkninger, og kunnskap som gjør det lett å se når pasienten for eksempel får lungeødem. Vi trenger litt mer kunnskap for at det skal være lett å kjenne hvor pasienten er, og hva vi skal gjøre (sykepleier IME).

For de fleste, 80 % av de som kommer hit, har en kognitiv svikt.

Det krever en helt annen relasjonskompetanse rett og slett – du må være bedre på relasjons bygging – og skape tillit - når du har med personer med kognitiv svikt, enn når de er hode friske – for du må bruke flere veier for å gjøre deg forstått.

Kompetanse til å vurdere og å motivere pasienten til å mestre egenomsorg

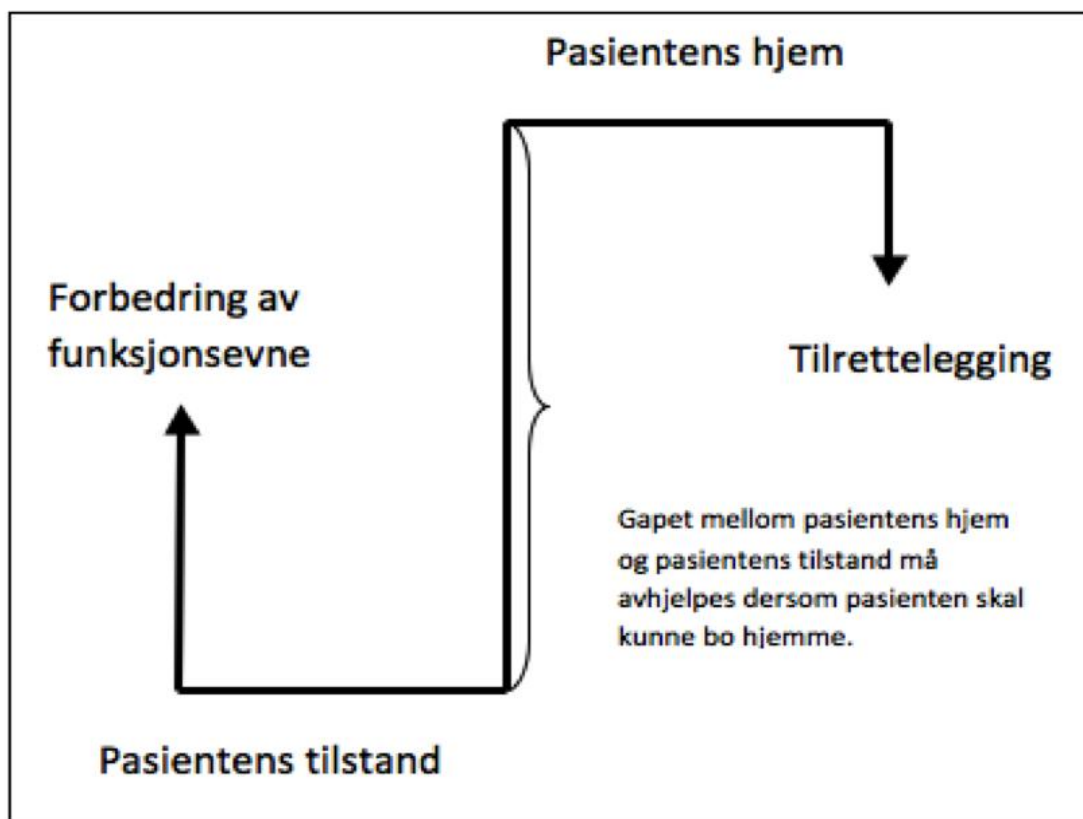
Et sentralt mål med oppholdet på både intermedieæravdelingen og korttidsavdeling er å kartlegge pasientens tilstand, finne pasientens funksjonsnivå, og å legge forholdene til rette slik at pasienten kan bo i eget hjem. Planleggings- og tilretteleggingskompetanse for pasientens hjemmesituasjon er helt avgjørende for at målet om at pasienten skal kunne bo i eget hjem kan nås. Dette er ikke en kompetanse som fremmer eller hemmer sammenhengen og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter fra sykehuset til sykehjemmet, men det er en kompetanse som pleierne på sykehjemmet er ”spesialister” på, og som er helt nødvendig for sammenheng og kvalitet i helsehjelpen som tilbys pasienten.

[...] for de [personalet] er det viktig og på en måte å kartlegge pasienten – finne funksjonsnivå, og på en måte sørge for at de faktisk kommer seg hjem - for det er faktisk oppdraget til bestillerkontoret - å få kartlagt funksjonsnivået og få pasienten hjem. (fagutviklingspsykepleier)

En av dem jeg intervjuet på intermedieæravdelingen påpekte at evnen til å kartlegge pasientens funksjonsnivå, det å kunne se hvordan pasienten kan fungere i en hjemmesituasjon, var sentralt, i tillegg til god helsefaglig kunnskap.

På denne avdelingen her - da tenker jeg det er kombinasjonen av – altså god medisinsk – det vil si legehjelpen. Men jeg synes det er vel så viktig; de pasientene som kommer hit skal hjem, og med det før øye at vi skal ha dem hjemme over en lenger tid – kronikere for eksempel - de skal kunne være hjemme lenger fordi at vi klarer å tilrettelegge bedre - at vi klarer å få på en måte gjort hjemmesituasjonen mer solid og mer tilrettelagt, sånn at pasienten ikke trenger bli lagt inn igjen tidlig. (lege på IME)

Skissen nedenfor illustrerer det gapet som pasienten trenger hjelp til å lukke.



9.4 Læringsforhold

Lærer av hverandre internt – ansikt(er) til ansikter(er)

Flere jeg intervjuet fortalte at de lærte av hverandre. Noen fremhevet viktigheten av å ha gode kollegaer, og at det var lav terskel for å spørre hverandre. En sykepleier fortalte at dersom én hadde glemt hvordan en prosedyre skulle utføres var det som regel en annen på avdelingen som husket det, veiledet og hjalp til.

Det er veldig godt læringsmiljø her. Alle hjelper hverandre og lærer av hverandre. Det er ikke så ofte vi har nefrostomi, og det hender vi glemmer bort det noen ganger. Og dem som husker det og har vært med på det før – dem tar med – dem som ikke har vært med på det tidligere - kommer og hjelper til - slik får man opplæring i hvordan en skal stille det.” (sykepleier IME)

”Vi bruker jo hverandre, i hvert fall – i sykepleiergruppa så bruker vi hverandre masse. Og vi har ikke noe tak på at - vi kan godt si ”å dette er du god på” og – hvis en skal ta blodprøve og mislykkes så kan en annen komme og prøve. Vi har ikke noen sånn sperre. Vi spør hverandre om – ja – og bruker hverandre. Og vi diskuterer. (sykepleier korttidsavdelingen)

En informant fremhevet at de brukte rapportene aktivt i læringsøyemed, og at de også hadde fellesundervisning i ny og ne.

Ja, og det er vel noe av det vi bruker rapportene veldig aktivt til – og gjennom hele vekten er det trygt – jeg tror at alle opplever at det er trygt å spørre.

En annen informant fortalte at avdelingen hadde en fagutviklingssykepleier, som var veldig opptatt av å gå inn i alle nye situasjoner, som en kanskje ikke hatt før, innhente kunnskap, og bringe den videre:

Ja, så har vi den fagutviklingssykepleieren våres som er veldig opptatt av å lære bort. Hun er veldig nøye med å gå inn i alle de situasjoner som vi kanskje ikke har hatt før - så går vi inn - og henter kunnskap om det – også bringer vi det videre – til hverandre. Personalet på sykehjemmet lærer av hverandre i medarbeiderelasjoner. Læringsforholdet skjer både formelt og uformelt.

Lærer fra fagpersoner utenfra virksomheten

Personalet innhentet også kunnskap fra fagpersonalet utenfor avdelingen gjennom telefonhenvendelser, jf. ovenfor om at telefonen er en viktig kanal for utveksling av informasjon. Jeg observerte flere ganger at hun som hadde tatt en telefonen fortalte om samtalen til de andre på avdelingen, og at alle lærte noe.

Sykehjemmet arbeidet også aktivt for å innhente fagpersoner utenifra for å bidra til sykehjemmets kursvirksomhet. Fagutviklingssykepleier fortalte at de arbeidet med å få tak i en hygiesykepleier fordi sykehjemmet skulle ha en ”hygieneuke”.

Nå driver jeg og prøver jeg å få tak i en hygiene sykepleier i forhold til det – at vi skal ha hygiene uke her. Og selv om vi har mye kunnskap om det, så er det all right å få inn noen utenifra.

Læring skjedde begge veier

Pasientene som legges inn fra sykehuset til sykehjemmets korttidsavdeling skjer administrativt via bydelens bestillerkontor. For å vurdere riktig omsorgsnivå reiser to sykepleiere fra bestillerkontert til sykehuset for å vurdere pasientens behov. På sykehuset har de fra bestillerkontoret møter både med personalet på sykehuset og med pasienten. I løpet av mine observasjonsdager ved bestillerkontoret opplevde jeg at disse møtene ga møtedeltagerne ny innsikt. For eksempel ble det på et av møtene dialog rundt spørsmålet om hvor og hvordan en pasient best kunne følges opp. Sykepleieren på sykehuset var ikke kjent med bydelens intermediæravdeling (IME), og kriteriene for å komme dit. Sykepleieren fra bestillerkontoret informerte om avdelingen og sammen kom de frem til at IME kunne være en aktuell avdeling. Sykepleieren på sykehjemmet fikk telefonnummeret til IME og gikk straks for å ringe. En kort stund etter kom sykepleieren på sykehuset bort til oss for å fortelle at pasienten kunne komme på intermediæravdelingen samme dag. Hun sier:

De spurte om så mye. Det gikk bra. De kan ta imot pasienten allerede i dag. Nå skal jeg inn å informere pasienten. Må informere om at hun kommer på dobbelt rom. Det går sikkert bra. Takk skal dere ha.

Øvelse gjør mester

Fagutviklingssykepleier fortalte at det tok tid å bygge opp kompetanse hos personalet. Hun uttrykte at kunnskap om hvordan en skal ta blodprøver og slike ting var lett å lære. Kunnskap som refleksjon, etikk og hvordan en behandler/omgås mennesker var det derimot ikke like lett å lære. Kunnskapen sykehjemmet har behov for bygges opp over tid.

[...] men det er det vi jobber mest med her i forhold til kompetanseoppbygging – ved siden av det de må lære seg – det er nødvendig å lære seg til å ta blodprøver – men det er det ganske lett å lære seg, ikke sant. Men refleksjon og etikk og de tingene der og i forhold til det med relasjonskompetanse – det er ikke så lett – det tar tid å bygge.

10 Diskusjon

Denne studien viste at overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem representerer et brudd i pasientforløpet. Nedenfor drøftes mekanismer og implikasjoner av mangelfull informasjon, manuell versus elektronisk meldingsutveksling, elektronisk tilgang til sykehusets journalsystem og dobbelt journalføring av samme opplysninger. Videre drøftes mekanismer for kunnskap og læring med grunnlag i blant annet Nonaka's modell for dynamisk kunnskapsdannelse. Deretter drøftes veien videre til utvikling av én medisinliste – én pasient og en form for interaktiv dynamisk epikrise (epikrise som felles møteplass), som to viktige elementer for utvikling av bedre kommunikasjon i samhandlingsøyemed. Kapittelet avsluttes med en kort konklusjon, drøfting av metode og av behovet for videre forskning.

10.1 Kommunikasjonsutfordringer

Ikke tilstrekkelige informasjon

Helsepersonell trenger relevant og nødvendig kunnskap om pasienten for å yte helsehjelp av god kvalitet. Når ulike virksomheter involvert i helsehjelpen har ulik oppfatning av pasientens behov, kan dette hindre sammenheng og kvalitet på helsehjelpen, fordi personalet ikke gis tilstrekkelig informasjon.

Ulike oppfatninger av pasientens behov kan innebære fare for at personalet gir forskjellig informasjon til pasienten om videre oppfølging, og føre til utrygghet og generell mistillit til helsetjenesten. En studie av P. Paulsen m.fl. fant at sykehuset ved overføring av pasienter til kommunes helse – og omsorgstjeneste ga informasjon til pasienten om oppfølgingen, som ikke stemte med omsorgstjenestens vurdering av hvordan pasienten skulle følges opp. Flere informanter i deres studie fortalte at de av og til ble konfrontert med pasienter som henviste til at pleierne i sykehuset hadde gitt ”løfter” om bestemte typer tilbud etter utskriving [51].

Pleierne på sykehjemmet planlegger videre oppfølging av pasienten med bakgrunn i informasjonen de får fra sykehuset. Når det viser seg at pasienten ved ankomst til sykehjemmet har andre behov enn personalet har blitt informert om, må de planlegge på nytt. Dette kan føre til brudd i helsehjelpen. Eksempler på brudd er at pasienten ikke får medisiner i rett tid, ikke får skiftet på sår, eller får hjelp til stell fordi hun/han trenger hjelp av to personer istedenfor en. Dersom det viser seg at pasienten har en tilstand som mottakende avdeling ikke er utstyrt til å ta hånd om, og pasienten må flytte til en annen avdeling, blir det nye brudd i helsehjelpen. Flytting fra sted til sted kan være anstrengende for pasienten, og kan også bidra til at pasientens tilstand settes tilbake eller blir forverret.

Noe av forklaringene på at helsepersonellet ved sykehjemmet ikke fikk relevant informasjon, kan være at sykehus- og sykehjemspersonalet ser ulike behov hos pasienten. Personalet på sykehuset ser først og fremst pasientens rent medisinske behov,

men kanskje uten å reflektere over hva disse kan medføre av andre behov hos pasienten. En slik forklaring støtter opp om Hellesø's studie som viste at sykepleiere har en tendens til å ta utgangspunkt i et medisinsk perspektiv når de registrerer og utveksler informasjon med sine kollegaer i kommunen, og at dette kan påvirke deres begreper og innholdet i informasjonen. [15].

Ufullstendig beskrivelse av pasientens behov kan lede til spørsmålet om hvilke faktorer sykehuset legger vekt på når de beskriver behovet. Hvor viktig er det for sykehuset å få rubrisert pasienten som utskrivningsklar? Hvor mye spiller det inn at sykehuset får en ledig plass? Er det alltid pasientens beste det tas utgangspunkt i? Er det den som kjenner pasienten best som bestemmer når pasienten skal utskrives? Hvilken betydning har finansieringen av sykehuset for vurderingen av om en pasient vurderes som utskrivningsklar? Dagens finansieringssystem innebærer at det er ulønnsomt å ha pasientene liggende lenge på sykehuset. Det er mer lønnsomt å behandle to pasienter i fire dager hver, enn én pasient i åtte dager [49]. Sykehusene belønnes økonomisk for å erklære pasienten tidlig som utskrivningsklar [45].

Den foran nevnte studien av B. Paulsen m.fl. viste funn som kan tyde på at det ikke alltid er pasientens beste som initierer en utskrivning. En av informantene i studien mente at sykehusets beskrivelse av pasienten ofte inngikk i et slags "spill", der det for sykehuset gjaldt å bli kvitt pasienten så raskt som mulig. Informantene i min studie karakteriserte det som en "pynting" eller "sminking" av rapporten.

I løpet av min observasjonsperiode opplevde jeg vel tre ganger at en pasient fortalte at hun/han hadde blitt "kastet ut" av sykehuset. En av pasientene hadde opplevd dette meget belastende, blant annet fordi sengen hennes på sykehuset var blitt tatt fra henne flere timer før drosjen som skulle frakte henne til sykehjemmet kom for å hente henne.

Noe av forklaringen på at personalet på sykehjemmet opplever informasjonen fra sykehuset mangelfull, kan også være at sykehuset ikke har disse opplysningen om pasienten.

Med utgangspunkt i arbeidsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og allmennhelsetjenesten kan det stilles spørsmål om det er sykehusets oppgave å overføre informasjon, som først og fremst er viktig for sykehjemmets oppfølging av pasienten, men som ikke er like relevant for spesialisthelsetjenesten. Sykehuset skal yte spesialisthelsetjenester til pasienten og sykehjemmet skal yte andre typer helse – og omsorgstjenester. Det betyr at sykehuset og sykehjemmet har ulikt informasjonsbehov. Pasientinformasjon som trengs for å yte den kommunale biten av helse- og omsorgstjenesten, er ikke like relevant for spesialisthelsetjenesten og vice versa. Helsepersonells ulike oppgaver i forhold til pasienten krever at de har forskjellig informasjon for at de skal kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Kjennskap til hvem og hvilken rolle forskjellige helsepersonell har i forhold til pasienten kan bidra

til økt kunnskap om hverandres behov for opplysninger om pasienten, og derigjennom gi bedre sammenheng i helsehjelpen. Slik kjennskap er det derfor viktig at helsepersonell har, og det er informasjon som må ”følge med” pasienten.

Manuell versus elektronisk meldingsutveksling

I følge Nasjonal helseplan for e-helse 2014–2016 skal alle kommuner være i gang med helse- og omsorgsmeldinger i løpet av 2014. Videre vil forskrift om IKT -standarder kreve at Ullevål sykehus og Oslo kommune går over til elektronisk meldingsutveksling. Tidspunkt for vedtagelse og ikraftsetting av denne forskriften er imidlertid ikke fastsatt.

I dette avsnittet drøftes om overgangen fra manuell til elektroniske meldingsutveksling vil bidra til å fremme sammenheng i helsehjelpen til pasienten.

Det er flere typer meldinger som er av betydning for sammenheng og kvalitet i helsehjelp, blant annet:

- 1) melding fra sykehus til bestillerkontoret
 - varsel om innlagt pasient
 - oppdaterte opplysninger om innlagt pasient
 - melding om utskrivningsklar pasient
- 2) melding fra sykehuset til sykehjemmet
 - utskrivningsrapport
 - epikrise
 - forespørsel om helseforhold (helseopplysninger) og legemiddelopplysninger

For alle meldinger gjelder at det er avgjørende at meldingen kommer frem til og blir lest av rett mottaker i rett tid. Videre er det en forutsetning at helseopplysningene i de forskjellige meldingene er samstemte, og ikke står i motstrid til hverandre. Denne utfordringen omtales ikke nærmere her.

De fleste pleie- og omsorgsmeldingene som ble utvekslet mellom sykehuset og bestillerkontoret, som jeg gikk igjennom, var skrevet for hånd, og kunne være vanskelig å tyde. Ved overgang til elektronisk meldingsutveksling vil disse meldingene bli registrert elektronisk på sykehuset, og utfordringene ved å tyde utydelig nedskrevet tekst vil avhjelpes.

Mangel på elektronisk informasjonsutveksling kan i seg selv ikke avhjelpe at epikrise (eller andre meldinger fra sykehuset) inneholder feil eller mangler opplysninger. Årsaken til manglene må kunne henføres til manglende utfylling av opplysningene i de aktuelle dokumentene på sykehuset. De fleste epikrisene jeg leste i løpet av mine observasjoner var nedtegnet elektronisk på sykehuset, skrevet ut i papirkopi og lette å lese. En gang oppdaget vi at styrken på en medisin var skrevet feil. Legen på sykehjemmet fortalte at årsaken til dette sannsynligvis var at styrken var blitt registrert

ved talegjenkjenning, at dette ikke var en uvanlig feil, men skulle vært rettet opp i etterkant, som ikke var gjort i dette tilfelle.

En del av forklaringen på manglende opplysninger i epikrisen kan være at opplysningene heller ikke var tilgjengelige for vedkommende på sykehuset, som var ansvarlig for registrering av opplysningene, for eksempel fordi svar på blodprøver og eventuelle andre undersøkelser ikke forelå ved utskrivningen. En overgang fra manuell til elektronisk overføring av opplysninger vil ikke reparere slike mangler.

I lys av ovenstående synes ikke en overgang fra manuell til elektronisk informasjon i seg selv å bedre samhandlingen mellom sykehus og sykehjem ved overføring av pasient. Elektronisk meldingsutveksling kan imidlertid lette arbeidet på andre områder, dersom de blir lettere å hente frem og lese, enn meldinger som sendes per faks.

Elektroniske meldinger har imidlertid, til forskjell fra papirmeldinger, et større utviklingspotensial. Det innebærer imidlertid at det må settes funksjonelle krav til pasientjournalssystemet og de elektroniske meldingene, slik at informasjonen i meldingene kan innpasses i pasientens journal. Man må kunne slippe å registrere de samme opplysningene flere ganger. Risikoen for feilregistrering vil avta, og en kan få mer tid til annet pasientrettet arbeid. Dette innebærer imidlertid at en er var på at elektroniske meldinger kan skape nye utfordringer, fordi det blir så lett å sende informasjon, som igjen kan føre til at en sender for mye:

Kommunikasjonsproblemer kan være knyttet til at man mottar for mye informasjon [34].

Med e-melding er det lett å sende informasjon → det blir en utfordring å sende presis og riktig mengde informasjon – til riktig tidspunkt [48].

Telefonen ble mye brukt i løpende kommunikasjon mellom sykehuset og sykehjemmet. Det kan stilles spørsmål om og eventuelt hvordan innføring av forespørsel og svar meldinger om helseforhold og legemiddelopplysninger vil innvirke på telefonkontakten.

For at elektroniske meldinger skal fremme sammenhengen i helsehjelp er det viktig at en ikke mister de verdifulle elementene som ligger i telefonsamtalen på veien.

Elektronisk tilgang til sykehusets journalsystem

Sykehuset og sykehjemmet tilhører forskjellige virksomheter og har derfor ikke direkte tilgang til hverandres journalsystemer. Det følger av helseregisterloven § 13 første ledd første punktum at bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke kan ha lovlig tilgang til sykehusets journalsystem, der helseforetaket er databehandlingsansvarlig.

Den ene legen på intermediaærenheten var imidlertid 50 % ansatt på sykehuset, og det synes derfor ikke å være noe rettslig i veien for at hun eller han kunne hatt tilgang til sykehusets journalsystem. Årsaken til at hun ikke hadde direkte tilgang til opplysningene må derfor bero på manglende infrastruktur og teknologisk funksjonalitet.

For å avhjelpe de utfordringer manglende tilgangsmulighet på tvers av virksomheter skaper for samhandling mellom virksomheter ble det vedtatt en helseinformasjonssikkerhetsforskrift 24. juni 2011. Formålet med forskriften er å regulere nødvendig tilgang til helseopplysninger og å bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet slik at helsehjelp kan tilbys på en forsvarlig og effektiv måte samtidig som personvernet ivaretas. Forskriften er imidlertid per i dag ikke trådt i kraft.

I forslag til ny pasientjournallov, jf. kapittel 6, foreslås at ovennevnte rettslige hindringer (helseregisterloven § 13 første ledd første punktum) oppheves. Forslaget innebærer at det er den databehandlingsansvarlige som skal bestemme på hvilken måte helseopplysninger skal gjøres tilgjengelig for helsepersonell, det gjelder uavhengig av hvordan tjenestene er organisert. Reglene om taushetsplikt vil sette de nødvendige rammer for hvilke opplysninger som kan gjøres tilgjengelige for helsepersonell.

Mulighet for direkte tilgang til pasientens elektroniske journal på sykehuset kan bidra til at sykehjemmet får mer helhetlig informasjon om pasienten og helsehjelpen, og derigjennom lette samhandlingen mellom personalet i virksomhetene. I tilfeller der leger blir adskilt i tid og rom, vil et delt elektronisk journalsystem forbedre samordning og kommunikasjon [4].

En utfordring vil imidlertid være om helsepersonell kan bruke systemet. Det kan stilles spørsmål ved om sykehusets system er så komplekst og vanskelig å finne frem i at det kan være vanskelig å nyttiggjøre seg systemet for en som ikke bruker det i daglig arbeid.

Dette understøttes av forskning, som viser at dess mer omfattende pasientens journal er, dess vanskeligere kan det være å finne frem i journalen. En studie av Naustdal og Nettelund [10] viste at manglende bruk av standarder kan føre til at det var vanskelig å finne igjen relevant pasientinformasjon i journalen. Studien til Smith m.fl.[11] viser at kunnskap om hvordan et system kan brukes er en bedre indikator på effektiv informasjonsutveksling enn at det bare er der. Dette trekker i retning av at det i mange tilfeller kan være vel så effektivt å få tilsendt opplysningene elektronisk, via meldingsutveksling, og eventuelt kunne be om ytterligere opplysninger, enn selv å måtte lete dem frem.

Dobbel journalføring av samme opplysninger

Helseopplysninger som dokumenteres etter journalføringsplikten i helsepersonelloven § 39 registreres i dag i ulike systemer og sendes mellom virksomhetene enten elektronisk eller manuelt. Hver virksomhet plikter å etablere et pasientjournalsystem for

virksomheten. Det innebærer at mange av de samme opplysningene som er registrert i pasientens journal på sykehuset registreres på nytt i pasientens journal på sykehjemmet. Videre innebærer det at en kan registrere samme ting med ulike ord eller uttrykk, som kan tolkes litt forskjellig. Slik dobbelt dokumentføring er meget tidkrevende og stjeler tid som ellers kunne vært brukt til annet pasientarbeid, i tillegg til å åpner det for feilregistreringer.

I et pasientforløp er det viktig at oppdatert informasjon om pasienten kan følge pasienten ved overføring mellom institusjoner, og da kommer manuelle papirløsninger til kort. Det er behov for bedre og helhetlig IKT - verktøy for å understøtte dagens behov for informasjonsdeling på tvers av virksomheter [40].

Problemet med registrering av de samme opplysninger flere ganger kan håndteres på ulike måter. Et alternativ er at informasjonen i de elektroniske meldingene som oversendes fra sykehuset til sykehjemmet tas direkte inn i pasientens journal på sykehjemmet og kan behandles videre i dette systemet, uten manuell kopiering.

I dagens meldinger som inneholder legemiddelinformasjon er informasjonen strukturert ulikt, eller de inneholder ikke strukturert informasjon om legemidler. Automatisk gjenbruk av pasientens legemiddelopplysninger forutsetter derfor at dagens meldingsstandarder utvikles med ny funksjonalitet.

Automatisk gjenbruk av meldingsopplysninger vil imidlertid ikke avhjelpe feil som skyldes at samme institusjon (sykehuset) oversender to dokumenter med ulike versjoner av pasientens legemiddelopplysninger.

Utfordringer med registrering av samme type opplysninger i flere dokumenter som tilhører en og samme pasient er særlig kritisk når det gjelder informasjon om pasientens medisinbruk. Divergens på medisinopplysninger kan medføre at pasienter ikke får rett medisin i rett dose i rett tid. Det kan også føre til at pasienten får andre medisiner enn hun/han skulle ha fått.

En amerikansk studie publisert i JAMA i 1995 fant at uønskede hendelser var knyttet til legemiddelbehandling i 6,5 % av innleggelsene ved to universitetssykehus. Én prosent av feilene var dødelige, 12 prosent var livstruende, og 42 prosent av disse kunne vært unngått. Studiens konklusjon var at uønskede hendelser ved bruk av legemidler er vanlig og ofte kan forebygges; det er mer sannsynlig at en alvorlig hendelse kan forebygges, enn en mindre alvorlig hendelse. Studien viste at de fleste feilene skjedde under forordningen av medisinene, men mange skrev seg også fra administreringen. Forebyggende strategier burde derfor målrettes mot begge disse stadiene [43].

I Norge var 14 % av innrapporterte uønskede hendelser legemiddelrelaterte i perioden 2008–2011. Typer legemiddelfeil inkluderte feil legemiddel, feil dose, feil administrering, feil tid, feil pasient, feil forskrivning og uventet effekt [46].

Undersøkelser har vist legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 % av pasientene i både sykehjem og sykehus [47]. Legemiddelfeil sammen med helseassosierte infeksjoner er de hyppigste uønskede hendelsene i helse- og omsorgstjenesten. 12 % av skadene skyldes feil legemiddelbruk [39].

At det faktisk oversendes forskjellige dokumenter med ulik informasjon om forhold som skal handle om det samme kan vanskelig forklares med annet enn manglende rutiner i å kvalitetssikre informasjonen eller menneskelig svikt på avsenders hånd. Det er neppe mulig å forsikre seg mot å gjøre feil, men feil som en erfaringmessig har kunnskap om lett kan oppstå bør en søke å forebygge best mulig. Dobbel bokføring kan alltid innbære fare for feilregistrering. Det å legge opp til at det ikke skal være dobbelt bokføring vil derfor bidra til å redusere feilregistreringer.

Jeg mener at denne studien ytterligere peker i retning av at utviklingen bør gå i retning av én medisinliste – én pasient, og at dette er et tiltak som bør prioriteres og ikke avvortes. Høringssvaret fra Statens legemiddelverk til forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov synes å støtte dette [54].

En forutsetning for at Én medisinliste - én pasient skal fremme sammenheng og kvalitet i helsehjelp innebærer, slik jeg ser det, at helsepersonell, uavhengig av virksomhetsgrenser, skal forholde seg til samme medisinliste. Helsepersonells tilgang til medisinlisten må kunne skje via samme tilgang som de har til pasientens journal, fra virksomhetens journalsystem. Endringer i pasientmedikasjonen (forordningsdelen) må kunne skje via medisinlisten. Helsepersonell som skal finne frem og dele ut medisin til pasienten må gjøre dette ved å lese hva som står i den oppdaterte medisinlisten. Medisinlisten må automatisk oppdateres straks etter forordningen er gjort, og senest når annet helsepersonell, enn den som har gjort forordningen, gis tilgang til medisinlisten, og skal administrere de forordnede medisinene til en pasient. Helsepersonells tilgang til medisinlisten må kunne skje via pasientens journal på en enkel måte. Riktige opplysninger om pasientens medisinbruk er blant de mest sentrale pasientopplysninger, og kvaliteten på opplysningene og enkelthet ved behandlingen av slike opplysninger bør prioriteres tilsvarende.

Ut fra den ovennevnte amerikanske studien er det grunn til å tro at forskrivningsstøtte vil være et sentralt forebyggende tiltak for å hindre feil/lite hensiktsmessig legemiddelbruk. Pasientens medisinliste eller pasientjournalen må derfor være designet slik at forskrivningsstøtte er en integrert del av forordningsprosessen. Dette er også i tråd med forordningsdelen av Lukket legemiddelssløyfe i Helse Sør-Øst RHT, som er omtalt foran i denne rapporten, der både beslutningsstøtte og farmasøytisk vurdering inngår som sentrale elementer.

Etter min vurdering bør helsepersonell som har myndighet til å forordne eller justere en medikasjon både ha rett og plikt til å sjekke at den foretatte endringen vises i

medisinlisten. Ingen bør har tilgang til en ikke oppdatert medisinliste i det øyemed å utlevere/administrere et medikament til en pasient. Dersom en legger opp til at det kun er en aktør, for eksempel fastlegen, som skal forvalte medisinopplysningene som ligger i medisinlisten, vil dette lett kunne innebære forsinkelser i tilgjengelighet til de siste forordninger og utgjøre en risiko for pasientsikkerheten.

Høringsforslaget til ny pasientjournal åpner for at Kongen i Statsråd kan gi forskrift om *én medisinliste – én pasient*. Forskriften skal ha regler om etablering, drift, behandling og sikring av helseopplysningene, om databehandlingsansvar, om tilgangsstyring og tilgangskontroll, og om hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas.

10.2 Læring av kunnskap og ferdigheter

Læring av kunnskap og ferdigheter skjer ved samspill mellom helsepersonell i ulike roller og på ulikt dyktighetsnivå. Denne studien bekrefter funn fra litteraturen at det mellommenneskelige aspektet ved læring ”vi lærer av gode kollegaer” er betydningsfullt.

I Nonaka m.fl. sin begrepsmodell karakteriseres tradisjonell opplæring, der nybegynnere lærer å utføre prosedyrer gjennom pratisk øvelse, som sosialisering. Jeg opplevde at det var viktig for læringen at veilederen i læringssituasjonen også uttrykte eksplisitt hvordan de forskjellige handlinger skulle utføres og at veilederen samtidig forklarte hvorfor en skulle gjøre slik, og ikke slik. Mine observasjoner viste at kunnskapsdannelsen dels skjedde gjennom sosialisering, dels gjennom eksternalisering, og at begge disse måter å lære på utfyller og forsterker hverandre.

Mekanismene bak denne mellommenneskelige forankring av læring har å gjøre med at personene har et relasjonelt forhold til hverandre. Personer med relasjoner til hverandre, påvirker hverandre [28]. Læringen skjedde på møteplasser.

Følelsesforhold, tillitsforhold og aktelsesforhold påvirker læringsforhold [28]. Omsorg, kjærlighet og tillit til hverandre påvirker et læringsforhold positivt [6].

Selv om læring ved sosialisering og eksternalisering typisk skjer innen en virksomhet, kan slik læring også skje mellom virksomheter på ulike ”møteplasser”.

Den mellommenneskelige læringen går ut på at ulike aktører med ulik kunnskap snakker sammen for å komme frem til en beslutning [2]. Et eksempel på dette fra mine observasjoner var møteplassene der personale fra bestillerkontoret, sykehuset og pasienten var til stede.

Jeg observerte, fire – fem ganger i løpet av min observasjonsperiode, at telefonen ble brukt for å drøfte enkelte spørsmål med spesialisthelsetjenesten, blant annet om stell av sår som ikke grodde, om de burde endre stalleprosedyre, gjøre det istedenfor det etc. Overføring av kunnskap over telefon forutsetter at den som lærer til seg og den som

lærer fra seg klarer å uttrykke seg på en måte slik at de oppfatter hverandre, og kan se for seg hva den andre parten sier. Ved skifting av sår kan dette være krevende, særlig hvis den som skal veilede ikke har sett såret før. I slike tilfelle ville det lette læringssituasjonen at det aktuelle såret samtalen omfatter samtidig ble visualisert.

Selv om gullstandarden for læring kan sies å være ansikt til ansikt samtaler tenker jeg at informasjonsteknologi også kan bidra til å fremskaffe nye møteplasser mellom helsepersonell, så vel som møteplasser mellom helsepersonell og pasient idet pasienten gis helsehjelp, som for eksempel ved stell av problematisk sår. På denne måten kan informasjonsteknologi også bidra til å overføre taus kunnskap mellom virksomheter [6].

Jeg observerte sjeldent at en pleier slo opp i prosedyreregler eller håndbøker for å finne løsninger på et spørsmål eller en prosedyre. Som observatør opplevde jeg at personalet i stor grad hadde internalisert mesteparten av den type kunnskap eller de rutiner som var aktuelle, og at det relativt sjeldent var behov for oppslag i prosedyreregelverk eller håndbøker. Jeg ble fortalt at sykehjemmet hadde lagt til rette for PPS (praktiske prosedyrer i sykepleiertjenesten), men jeg observerte ikke at det ble brukt. En sykepleier fortalte at hun var inne og tittet fra tid til annen, men ikke brukte det systematisk. En mulig årsak til at PPS systemet ikke ble brukt kan være at det ikke var vellykket integrert i journalsystemet som ble brukt (Geric). Dette skulle imidlertid nå være ordnet.

På avdelingene jeg var observatør hadde personalet det travelt, og noen dager var det vanskelig å rekke over alle oppgavene en skulle gjøre; dette gjaldt mer på den ene avdelingen enn på den andre. Variasjoner og ulikheter i arbeidsbelastning er trolig noe som vil vedvare og som en må ta høyde for i fremtiden ved mange sykehjem.

I løpet av tiden jeg var observatør ble det arrangert flere kurs, men det var ofte lite oppmøte fra sykehjemmets personale. En forklaring på dette kan være at personalet ikke kunne gå fra avdelingene på grunn av pasientarbeid.

I følge C. Wadel nytter det lite om en organisasjon er læringsmessig organisert hvis ikke organisasjonsdeltakerne har læringsmessig engasjement. Motivasjonsforhold i en lærende organisasjon er blant annet basert på at det eksisterer en medarbeider kultur som verdsetter kontinuerlig læring [28]. Slik jeg tenker er det imidlertid ikke nok for en organisasjon å verdsette læring, den må også legge til rette for læring. På en travel sykehjemsavdeling – der pasientomsorgen står sentralt – kan det for personalet være en utfordring å avsette tid til læring. Ubunden tid, det vil si tid der det ikke forventes at en skal utføre ”programmert” arbeid, er nødvendig for å kunne dele og erverve seg kunnskap, etablere og utvikle læringsforhold i lag og skape en læringskultur [28]. Jeg tenker at det vil kunne fremme engasjementet til å lære dersom ”ubunden tid” og mulighet for ”uformell læring” tas med i vurderingen ved utforming av bemannings- og

arbeidstids- og vaktplaner, og bidra til at ”læringsmessig engasjement” blir en del av kulturen på arbeidsplassen.

10.3 Veien videre

Én medisinliste – én pasient

Et sentralt spørsmål på veien videre er hvordan helsetjenesten skal planlegge, utforme og bygge opp én medisinliste – én pasient. Hvordan skal medisinlisten integreres med andre opplysninger i pasientens journal? Hvor skal opplysningene lagres? Skal alle legemiddelopplysninger om alle pasienter inn i en nasjonal database? Dette er bare noen av de spørsmålene som må vurderes og beslutninger må treffes.

Sentralt i et slikt utviklingsarbeid er det viktig å ha oppmerksomhet rettet mot brukerne av systemet, og undersøke hvordan ulike måter å kunne bruke systemet på påvirker helsepersonells daglige arbeid. Økt automatisering kan gjøre arbeidsprosesser mindre gjennomsluktige for dem som deltar i prosessene, og dermed redusere personelletts evne til å handle og forebygge feil [44]. Forskning viser at ny teknologi i seg selv kan medføre risiko for nye typer feil, men det kan også føre til endrede arbeidsprosesser, som gir andre svakheter i systemet og andre risikoer. Det er derfor viktig at helsepersonell som er involvert i legemiddelhåndtering får nødvendig opplæring i og kunnskap om hvordan de skal bruke systemet. Dette er en forutsetning for at én medisinliste per pasient skal fungerer etter sin hensikt.

Både Helsedirektoratets løsningsforslag 1 b – nasjonal database og 3 b nasjonal fellesløsning kan omfylle en løsning med én medisin liste - én pasient. De regionale helseforetakenes pågående prosjekter, jf. blant annet kurve- og medikasjonsprosjektet i Helse Sør-Øst RHF, synes å trekke i retning av geografisk avgrensede løsninger, som synes å være i tråd med direktoratets løsningsforslag 3 a. En geografisk avgrenset løsning på legemiddelområde bør imidlertid etter min vurdering ikke innebære en avgrensning mot kommunens helse- og omsorgstjeneste. Jeg er ikke kjent med om og eventuelt i hvilken grad kommunene er trukket med i helseforetakets planlegging. Jeg kan ikke se av de dokumentene jeg har gjennomgått at kommunene er trukket med i planleggingen og utviklingen av Lukket legemiddelsøyfe og Gjennomgående kurve i Helse Sør-Øst RHF. Hvis dette stemmer er det etter min vurdering en mangel/svakheter ved utgangspunktet for planleggingen. Et sentralt prinsipp bak konseptet Én innbygger – én journal er at veien skal føre til en journal per pasient; en ønsket seg bort fra dagens system som krever at hver virksomhet har hver sin journal, om den samme pasienten. For noen fagsystemer vil det kanskje være egnet å ha egne fagsystemer som kun inkluderer spesialisthelsetjenesten, men dette kan etter det jeg kan se ikke gjelde legemiddelopplysninger.

Når det gjelder arbeidsprosesser og behov for informasjonsutveksling kan jeg ikke se at det skal være stor forskjeller mellom det å overføre en pasient mellom to sykehus

(helseforetak), to forskjellige avdelinger innen et sykehus (helseforetak) og mellom et sykehus og et sykehjem. I alle tilfeller kreves

- gjennomgang/kontroll av pasientens medisinbruk og medisinliste,
- vurderinger og eventuelt etterfølgende endringer i medisinbruk og medisinlisten,
- at aktuelt legemiddel forordnes, fremfinnes og administreres til pasienten, og
- dokumentasjon av at pasienten er gitt legemiddelet

Gjøremålene under ovennevnte punkter er handlinger som stadig må gjentas på hvert sted pasienten befinner seg.

En medisinliste – en pasient kan også være positivt for personvernet, blant annet fordi det innebærer at legemiddellisten kan utgå av epikrisen og andre dialogmeldinger mellom helsepersonell. Spredning av legemiddelopplysninger i ulike dokumenter kan dermed unngås, og pasientens rett til konfidensialitet kan ivaretas. Pasientens behov for innsyn og kontroll av listen bør kunne skje ved lesetilgang til listen, for eksempel på Min helse i Helsenorge.no, og innsyn i logg.

En medisinliste – en pasient, som beskrevet ovenfor vil i tillegg til å fremme sammenheng og kvalitet i helsehjelp, skape økt trygghet for helsepersonell fordi de vil vite at legemiddelopplysninger som ikke står på denne listen heller ikke står andre steder.

Interaktiv dynamisk epikrise → virtuelle møteplasser

For å legge bedre til rette for råd og veiledning mellom helsepersonell underveis i et pasientforløp kan en form for interaktiv dynamisk epikrise være en løsning. En interaktiv dynamisk epikrise vil i tillegg til dagens funksjon være ”startpunktet” eller ”utgangspunktet” for en ”virtuell møteplass” hvor helsepersonell kan snakke sammen og drøfte videre helsehjelp til pasienten.

En slik epikrise kan utvikles trinnvis, og i enkel form inneholde ”klikkbare” adresser hvor helsepersonell kan henvende seg om videre oppfølging av pasienten. En begynnelse kan være å inkludere ansvarlig avsenders kontaktopplysninger, og videreutvikle den til å inkludere aktuelle samarbeidspartnere, det vil si helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten i samtidige pasientforløp. Forskjellige helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten i samtidige pasientforløp bør ha mulighet til kommunisere med hverandre både asynkront og synkront.

På sikt kan en se for seg en løsning der helsepersonell som samarbeider om helsehjelp til en pasient kan se hverandre, snakke sammen og dele pasientens journal, inkludert bilder, både med og uten at pasienten samtidig er tilstede. Lovforslaget som er omtalt tidligere i denne rapporten åpner for slike løsninger.

En interaktive dynamisk epikrise vil som annen epikrise være en del av pasientens journal, på samme måte som den ordinære epikrisen er i dag.

10.4 Drøfting av metode

Under hele forskningsprosessen har jeg vært bevisst på forskningens krav til kvalitet, jf. metodekapittelet. Et viktig mål med metodekapittelet har vært å gi leseren så god innblikk i forskningen, inkludert analyseprosessen, at leseren kan ta stilling til om forskningens krav til transparens og refleksivitet er oppfylt. Spørsmål om forskningens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet omtales nærmere nedenfor.

10.4.1 Validitet og reliabilitet

Observasjonene og intervjuene er grundig gjennomført, jeg har sett og hørt det jeg har dokumentert flere ganger. Selv om det til stadighet kom nye pasienter merket jeg meg de samme tingene. Det var de samme rutinene som ble fulgt, samme type utfordringer og mangler jeg observerte, selv om pasientene var forskjellig. Med dette som utgangspunkt mener jeg at de resultatene jeg har kommet frem til må kunne sies å være sanne. Det utfordrende spørsmålet er om det jeg har sett etter er det jeg burde ha sett etter, med bakgrunn i problemstillingen – å finne frem til faktorer som fremmer versus hemmer sammenheng og kvalitet i helsehjelpen til pasienter ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem. Burde jeg ha rettet blikket en annen vei, ha fokusert på andre forhold, sett andre sammenhenger?

10.4.2 Betydningen av egen rolle

Er det viktige forhold som påvirker sammenhengen i helsehjelpen til pasienter som jeg ikke har fanget opp? Hvordan har min bakgrunn påvirket mine observasjoner? En annen observatør med en annen bakgrunn ville kanskje ha sett noe annet og fremhevet andre sammenhenger enn det jeg har gjort.

Jeg tenker at min bakgrunn som fagperson, tidligere sykepleier og nå helserettsjurist, åpenbart må ha påvirket hva jeg merket meg under observasjonene, selv om det er lenge siden jeg arbeidet i klinikken. Det kan både være en fordel og en ulempe.

Det må kunne sies å være en fordel at jeg raskt kom i språket og kulturen på avdelingene. Helt i begynnelsen var det kanskje noen forkortelser jeg ikke var inneforstått med, men det skapte ingen problemer, da betydningen av forkortelsene straks fremsto klart av sammenhengen de ble sagt i.

En av de absolutt største utfordringene vi sto overfor da vi startet observasjonene, var å skjønne den medisinske sjargongen. Det er ikke mulig å oppnå en god forståelse av deltakernes verden dersom man ikke forstår språket og kulturen som ligger til grunn for kommunikasjonen dem i mellom, skriver Jorgensen (1989). (Line Melby 2007, s. 57)

Jeg ble godt mottatt på avdelingene og syntes det var veldig interessant å være der. Jeg følte meg på mange måter ”hjemme i situasjonen”, og opplevde derfor ikke alle de utfordringer som beskrives av Tjora:

Et reelt problem, og ikke minst en reell frykt når man gjør observasjoner, er at man føler seg fullstendig overveldet av situasjonen man er en del av, og som forventes å kunne dokumenteres på en relevant måte. (Aksel Tjora 2011 s.77)

Det skjer mye på et sykehjem som har betydning for kvaliteten på helsehjelp til en pasient, og den delen av helsehjelpen som går på samhandling med sykehuset kan være relativt liten. Helsehjelpen skjer i det aktuelle møte med pasienten. Samhandlingen med eksterne kunne derfor tre litt i bakgrunn – sammenlignet med alt annet pasientrelatert arbeid som skjedde internt i avdelingen, og som jeg syntes var interessant å følge med på.

10.4.3 Betydningen av å bli observert

Deltakerne jeg observerte visste at de ble observert, og det kan stilles spørsmål om dette kan ha påvirket deres handlinger/gjøremål, den såkalte Hawthorne- effekten. Begrepet Hawthorne effekten stammer fra 1950 etter en studie av Henry A. Landsbergers på fabrikken Hawthorne Works i perioden 1924-1932. Formålet med studien var å se om arbeiderne ville bli mer produktive ved høyere eller lavere nivåer av lys. Resultatet viste at arbeidernes produktivitet syntes å bli bedre når endringer ble gjort og falt da studien ble avsluttet. Dette ble forklart med at produktivitetsgevinsten oppsto på grunn av den motiverende virkning observasjonen hadde på arbeiderne.

Jeg kan vanskelig si at min tilstedeværelse ikke har hatt noen som helst påvirkning på hvordan personalet handlet. Jeg var der og jeg snakket med personalet, så noe påvirkning kan jeg ha hatt. Jeg tror imidlertid ikke at de ville ha utført helsehjelpen til pasientene eller samhandlingen med sykehuset på noen annen måte, hvis jeg ikke hadde vært der. Jeg ble godt kjent på avdelingene, jeg likte å være der, og følte at ingen la noe bånd på seg, fordi jeg var til stede. Personalet ble etter hvert vant til at jeg var der, og jeg observerte ikke at dette medførte endringer i mine observasjoner.

10.4.4 Generaliserbarhet

Kun ett sykehus og ett sykehjem var inkludert i studien. Andre sykehus, kommuner og bydeler kan ha organisert samhandlingen ved utskrivning av pasienter annerledes, inkludert ha etablert elektronisk meldingsutveksling. Utfordringene med å vente på faksen og hente den vil derfor bare gjelde for virksomheter som ikke sender elektroniske meldinger. Ullevål sykehus var da studien ble gjennomført lokalsykehus for kun fire bydeler i Oslo kommune. Antallet studieobjekter kan derfor redusere prosjektets generaliserbarhet noe.

Prosjektets funn om at overførte opplysninger fra sykehus må registreres på nytt i sykehjemets journalsystem vil imidlertid også gjelde der opplysningene overføres ved elektroniske meldinger, fordi opplysningene i dagens elektroniske meldinger ikke kan overføres automatisk til noen av informasjonssystemene som i dag brukes i sykehjemmene, etter det jeg kjenner til.

Ufordringene med manglende samsvar på medikamentopplysninger på pasientens kurve og utsendt epikrise gjelder også aktører som ikke inngår i prosjektet, og risikoen for slik feil vil bestå inntil en pasientens medikamentbruk kun registreres/lagres ett sted (som master).

Studiens funn og læring av kunnskap og ferdigheter bekrefter mye at den teorien jeg har redegjort for foran.

10.4.5 Hva kunne vært gjort annerledes?

Det kunne ha styrket studien om jeg også hadde studert samhandlingen fra sykehusets ståsted, blant annet intervjuet helsepersonell på sykehuset som er med i drøftelser omkring utskrivning av pasienter og hvilke opplysninger og informasjon som sykehuset anser nødvendig for at kommunen kan overta ansvaret for pasienten. Er det noe sykehuset savner /mangler i samarbeidet med sykehjemmet eller kommunen?

10.5 Oppsummering/konklusjon

Denne studien viser at ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem skjer et brudd i pasientforløpet, og at det er potensial og utviklingsmuligheter for å få til bedre sammenheng og kvalitet på helsehjelpen til pasientene.

Flere samvirkende faktorer har betydning. Det omfatter:

- Helsepersonell må lett kunne finne frem til og kunne kontakte annet helsepersonell som er involvert i helsehjelp til pasienten de står ovenfor. Slik informasjon må ”følge med” pasienten.
- Informasjonsteknologi som har funksjonalitet for gjenbruk av informasjon, slik at en skal slippe å nedtegne/registrere samme opplysninger flere ganger.
- Informasjonsteknologi som kan formidle såkalt ”rik” informasjon.
- Ved overgang til elektroniske meldinger er det viktig at en ikke mister de verdifulle elementene som ligger i muntlig informasjonsutveksling, inkludert telefonsamtalen, på veien.
- Helsepersonell som er øvet i å bruke teknologien, som må fungere.
- Felles møteplasser der helsepersonell kan snakke sammen

10.6 Behov for videre forskning

Det fremgår av kapittel 2 at prosjektet også skal se på om det er mulig å vurdere om oppdeling av et pasientforløp i ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten har innvirkning på sammenheng og kvaliteten i helsehjelpen; om det virker positivt eller negativt inn på helsehjelpen. Dataene i prosjektet gir ikke grunnlag for å vurdere dette ut over de funnene som er gjort med hensyn til brudd i kommunikasjonen. Selv om det er studier som har vist at det er mer utstrakt kommunikasjon mellom ansatte innen en formell organisasjonsenhet, enn det er mellom ansatte i ulike organisasjonsenheter [34] kan det stilles spørsmål om en hadde funnet de samme bruddene dersom sykehuset og sykehjemmet hadde vært innen samme forvaltningsnivå.

Et viktig spørsmål for videre forskning – etter min vurdering - er hvilken påvirkning på samhandlingen det har at pasienters opphold på sykehus versus pasienters opphold på sykehjemmets korttidsavdelinger finansieres av to forskjellige aktører/nivåer. I rapporten Helsetjenesten til syke eldre på sykehjem uttaler ekspertgruppen at det er holdepunkter for at man først får en god samlet effektivitet når sykehus – og primærhelseressurser samles under ”samme tak”, det vil si ett forvaltningsnivå. [45]

I et eventuelt slikt prosjekt bør en skille mellom sykehjem for korttidsopphold og langtidsopphold der pasienten eller beboeren skal bo, som i eget hjem. Det kan stilles spørsmål om hvorfor en pasient bør overføres fra en institusjon (virksomhet) til en annen for et tidsrom på 10 dager? Hvorfor kan ikke pasienten, i tiden på institusjon, motta tjenester fra samme forvaltningsnivå? Pasienter som skrives ut fra sykehus trenger ofte hjemmebaserte tjenester som daglige sykepleiertjenester og medisinsk behandling av en allmennlege (fastlege). Det samme gjør pasienter som skrives ut fra kommunens korttidsavdeling. Kompetanse til å tilrettelegge for pasientens hjemmesituasjon trengs derfor både på sykehus og sykehjem. På samme måte som det kan være noen elementer av ”spesialisthelsetjenester” på et sykehjem, er det også mange ”allmenne helse- og omsorgstjenester” som utføres på sykehus. Videre er det slik at samhandling i seg selv er ressurskrevende, og det kan også stilles spørsmål om det er en tidstyv.

En kvalitativ intervjuundersøkelse av pasienters opplevelse av sammenheng og kvalitet i helsehjelp, med mulighet for å inkludere pårørende, vil også være relevant. En aktuell metode kan være å gjennomføre intervjuene 5 til 10 dager etter pasienten er utskrevet fra sykehjemmet til hjemmet, og det samme fra sykehuset. Studien må legges opp slik at liggetiden på sykehuset og sykehjemmet til sammen i den ene gruppen tilsvarer liggetiden på sykehuset i den andre gruppen. Det kan også være interessant å få kunnskap om og i hvilken grad pasienten kan påvirke samhandlingen. Samhandling i en relasjon vil lett kunne påvirke samhandling i en annen relasjon: Sykepleieren på sykehuset har en relasjon til pasienten og en relasjon til sykepleieren på sykehjemmet. Sykepleieren på sykehjemmet sin relasjon til sykepleieren på sykehuset kan påvirke

sykepleieren på sykehjemmet sin relasjon til pasienten. Denne relasjonen kommer i tillegg til den direkte relasjonen det er mellom sykepleieren på sykehjemmet og pasienten [28].

Et forhold som jeg mener bør få mer oppmerksomhet i videre forskning er samhandling internt. Som nevnt i innledningen har samhandlingsreformen først og fremst dreid seg om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Like viktig, tenker jeg, er samhandling internt. Spesialisthelsetjenesten blir stadig mer fragmentert. Ullevål Universitetssykehus HF for eksempel, består av fire store sykehus (Aker sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus) med ulike spesialiteter, som igjen er inndelt i klinikker og avdelinger. En pasient kan flyttes frem og tilbake mellom ulike sykehus, klinikker og avdelinger. Eldre pasienter har i gjennomsnitt seks samtidige pasientforløp²³. Sitatet ”*Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen ”Søyle” – og ikke det de gjør på tvers*” [16] er en relevant beskrivelse av helsetjenesten som sådan, og ikke bare mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

²³ Foredrag i Helsedirektoratet

Referanser:

1. Bjønness, R (2007) *Forståelse av Klinisk Arbeid gjennom Empiriske Metoder. En Sammenligning av Strukturert Feltobservasjon og Simulering i Laboratorium.* NTNU
2. Brattheim B, Faxvaag A, Tjora A. Getting the aorta pants in place: a`community og guidance`in the evolving practive of vascular implant surgery. *Health (London)*.2011 Sep; 15 (5): 441-58.Epub 2012 Dec 15.
3. Brattheim B, Faxvaag A, Seim A. Process support for risk mitigation: a case study of variability and resilience in vascular surgery. *MBJ Qual Saf.* 2011 Aug; 20 (8): 672-9. Epub 2011 Feb 16.
4. Christopher B. Forrest, MD, PhD *A Typology of Specialists' Clinical Roles Arch Intern Med/Vol 169 (no. 11), June 8, 2009*
5. Carl van Walraven MD MSc, Monica Taljaard PhD, Chaim M. Bell MD PhD, Edward Etchells MD MSc, Kelly B. Zarnke MD, Ian G. Stiell MD MSc, Alan J. Forster MD MSc *Information exchange among physicians caring for the same patient in the community CMAJ November 4, 2008 179(10)*
6. Ikujiro Nonaka, Ryoko Toyama and Noboru Konno *SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation.* *Long Range Planning* 33 (2000) 5-34.
7. Malterud, K (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* Universitetsforlaget
8. Melby, L. 2007. *Prat, penn og papir: En sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis*, PhD-avhandling, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Trondheim: NTNU
9. Melby L, Hellesø R. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel`s perspectives. *International Journal of Integrated Care* Volume 10, 21 April 20
10. Naustdal og Netteland. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv *Forskning nr. 3, 2012;7: 270–277*
11. Peter C. Smith, MD, Rodrigo Araya-Guerra, BA, Caroline Bublitz, MS, Bennett Parnes, MD, L. Miriam Dickinson, PhD, Rebecca Van Vorst, BA, John M. Westfall,

MD, MPH, Wilson D. Pace, MD *Missing Clinical Information During Primary Care Visits* JAMA, February 2, 2005 Vol 293, No. 5

12. Prop.91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
13. Ragnild Hellesø, Lena Sorensen, Margarethe Lorensen Nurses`information management at patients` discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*- Vol. 5, july 2005
14. Ragnild Hellesø, Lena Sorensen, Margarethe Lorensen Nurses` information management across complex health care organizations. *International Journal of Informatics* (2005) 74, 960 – 972
15. Ragnild Hellesø, May Solveig Fagermoen. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity care. *International Journal of Integrated Care*- Vol. 10, 18 February 2010
16. St.meld. nr 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid
17. Meld. St.9 (2012–2013) Én innbygger – én journal
18. St.meld. nr. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester
19. Stuart E. Dreyfus *The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition*. *Bulletin of Science Technology & Society* 2004 24: 177
20. Tjora, A (2011) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk
21. Tor Grenness (2012) *Hvordan kan du vite om noe er sant?* Cappelen Damm AS
22. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
23. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
24. Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

25. Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)
26. Lov 24. juni 2012 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
27. I gode og onde dager KS FoU-prosjekt nr. 094020, 8. oktober 2010
28. Cato Wadel (2008) *En lærende organisasjon – Et mellommenneskelig perspektiv*. Høyskoleforlaget
29. *Læring av praktiske ferdigheter i grunnutdanningen*. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2000; 120:1511
30. Akre V, Ludvigsen SR. Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egen læringsprosess. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1997; 117: 2757 –61.
31. Kari Killén (20012) *Profesjonell utvikling og faglig veiledning – et fellesfaglig perspektiv* Gyldendal
32. St. prop. 1 S (2013–2014)
33. B Paulsen, Tor Inge Romøren, Anders Grimsmo *A collaborative chain out of phase*. International Journal of Integrated Care Volume 13, 14 mars 2013
34. Dag Ivar Jacobsen, Jan Thorsvik *Hvordan organisasjoner fungerer 2013* Fagbokforlaget
35. Rundskriv I-3/2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet
36. Prop. 87 L (2012–2013) Endringer i helsepersonellova m.m. (utsending av epikrisar og utlevering av teiepliktige opplysningar til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.)
37. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet <http://www.regjeringen.no/pages/38500565/plattform.pdf>
38. Utredning av Èn innbygger – èn journal Hovedrapport fase 1, juni 2013, Helsedirektoratet
39. Fellesregister legemidler – samordning av oppdrag på legemiddelfeltet, utarbeidet av en nasjonal arbeidsgruppe ledet av Folkehelseinstituttet, 9. oktober 2013.
40. Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014 – 2016

41. Kurve- og medikasjonsprosjektet: <http://sykehuspartner.no/omoss/vare-prosjekter/Sider/Kurve-ogmedikasjonsprosjektet.aspx>
42. Lukket Legemiddelsløyfe og Gjennomgående Kurve i Helse Sør - Øst datert 10.mai 2013
43. [Bates DW](#), [Cullen DJ](#), [Laird N](#), [Petersen LA](#), [Small SD](#), [Servi D](#), [Laffel G](#), [Sweitzer BJ](#), [Shea BE](#), [Hallisey R](#), et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group, JAMA 1995 Jul 5;274(1):29-34
44. Perry, Shawna J. MD*; Wears, Robert L. MD, MS*†; Cook, Richard I. MD The Role of Automation in Complex System Failures, Journal of Patient Safety, mars 2005 Volume 1 - Issue 1pp: 1-73
45. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010
46. Rapport fra Helsetilsynet 4/2012
47. Sluttrapport I trygge hender i Vestfold 2011–13 Spredningsprosjekt med fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem
48. Utilsiktede konsekvenser av innføring av pleie- og omsorgsmeldinger, Line Melby, Ragnhild Hellesø, Merete Lyngstad, Universitetet, HelsIT 2013
49. På liv og død – En leges – bekjennelser, Washim Zahid 2013 Kagge Forlag
50. Evaluering av fire spesialiserte kortidsenheter - Et samhandlingsprosjekt, Oslo 2011
51. SINTEF A 7877 Rapport God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre
52. Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunen så lang? Rapport 2012: 9
53. HØRING Forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov 29. juni 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet
54. Brev fra Statens legemiddelverk til Helse- og omsorgsdepartementet datert 27. september 2013
55. Avtale om nasjonal tvisteløsningsnemnd mellom Helse –og omsorgsdepartementet og KS
56. Steinar Kvale, Svend Brinkmann (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg

1 Feltnotater

Intermediæravdelingen

Dag 1 - september 2012

Jeg ankom avdeling en god stund før nattevakten gikk kl. 7.45. Personalet hadde da morgenrapport på avdelingens spiserom. I og med at rapporten foregikk i et annet rom enn vaktrommet fikk jeg ikke med meg rapporten den første observasjonsdagen. Nattevakten fortalte at morgenrapporten alltid begynte kl. 7.30 og ble avholdt i samme rom som pasientene spiser. Det var to store spisebord i rommet som pasientene kunne sitte ved, i tillegg til en sofagruppe. Spisesal, kjøkken, sofagruppe og TV rom; alt var på samme rom. Avdelingen hadde ikke eget oppholdsrom for pasienter.

På morgenmøte hadde pleierne (sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider og fysioterapeut) fått utlevert en liste over alle inneliggende pasienter, som nattevakten hadde skrevet ut. Alle pasientene var blitt gjennomgått en for en. Jeg ble fortalt at listen ajourføres i forkant av hvert vaktskifte og deles ut under rapporten. Pleierne går med denne listen i lommen og noterer på den i løpet av vekten. Jeg blir informert om at listen ikke er registrert i Gerica, som er informasjonssystemet som brukes, men hentes ut fra fellesområdet på Terminalserver. Arkene som skrives ut makuleres og kastes etter hvert/endt arbeidsdag. Listen har følgende rubrikker:

- Navn
- Inn dato
- Utdato
- Formål m.v.
- Observasjoner /tiltak. Hva som bør observeres, og hvilke tiltak som bør utføres (angitt fra sykehuset ved overføring av pasienten).

Etter morgenmøte gikk alle pleierne for å starte på dagens oppgaver. Det første som sto på programmet var stell av pasientene og frokost. To sykepleiere gikk til vaktrommet, den ene for å sette frem dagens medisiner, den andre for å gjøre andre administrative oppgaver. Jeg gikk sammen med sykepleierne inn på vaktrommet, satte meg ned på en ledig stol og begynte å se meg omkring. Jeg observerte 5 PC-er, 6 telefoner, medisinskap, bokhylle og annet kontorutstyr. Videre var det en tralle med pasientjournalene til inneliggende pasienter, det vil si journalopplysninger/dokumenter som er produsert i den tiden pasienten er på avdelingen, i tillegg til overføringspapirene fra sykehuset. Etter at pasientene er reist blir journalen fjernet fra trallen og lagt på en lav hylle inntil de blir flyttet til et eget rom og deretter lagret. Når en pasient skrives ut, skrives det også ut en kopi av pasientens journal fra Gerica, som sendes pasientens fastlege.

Telefonen ringte. Det var fra Ullevål sykehus. Sykehuset hadde en pasient som de ønsket lagt inn på avdelingen, og spurte om det var ledig plass. Sykepleieren som tok telefonen svarte at avdelingen hadde en ledig plass fra i morgen, men ikke i dag. Hun opplyste at avdelingen hadde fått meldt flere pasienter, og at de derfor måtte gjøre en prioritering. Hun skulle ringe tilbake og gi nærmere beskjed.

En annen sykepleier kom inn på vaktrommet for å ringe akutt geriatrik sengpost på Ullevål sykehus. Hun hadde spørsmål om en pasient som hadde blitt innlagt dagen i forveien, spørsmålet gjaldt hvilke medisiner pasienten sto på. Opplysningene avdelingen hadde fått fra sykehuset samsvarte ikke helt med hva pårørende til den aktuelle pasienten hadde informert.

Sykepleieren som tidligere hadde snakket med Ullevål sykehus om innleggelse av en pasient ringte tilbake til sykehuset for å informere om at avdelingen hadde ledig plass. Hun ble avbrutt av at ambulanspersonell kom for å hente en pasient som skulle reinnlegges på Ullevål sykehus. (Jeg hadde ikke observert at ambulanse var bestilt, så dette må ha blitt gjort dagen i forveien, eller i løpet av natten/morgentimene.) Sykepleieren opplyste at pasienten hadde mer enn 39,6 i feber og var ustabil. Videre at pasienten hadde vært slik hele helgen og at avdelingen hadde vært i daglig kontakt med gastrologisk avdeling på Ullevål sykehus om pasienten.

En sykepleier satt foran PC en og rekvirerte utstyr og rekvisita.

Telefonen ringte. Det var en sykepleier fra indremedisinsk avdeling på Ullevål sykehus som vil melde en pasient. Jeg blir fortalt at pasienten, som er fra X bydel, er godt kjent på avdelingen og har vært der mange ganger tidligere. Sykepleieren anser det tvilsomt om pasienten er egnet for overføring til IME, blant annet fordi pasienten tidligere ikke har respondert på behandlingen ved avdelingen. Sykepleier forteller at de vil drøfte spørsmålet med avdelingssykepleier. Alle synes å være enig om at denne pasienten ikke bør prioriteres for innleggelse.

Telefonen ringte igjen. Det gjaldt informasjon om en ny pasient. Jeg observerer at sykepleier fyller ut skjema om pasienten i løpet av telefonsamtalen, og sier hun skal ringe tilbake og informere om når pasienten kan komme. Sykepleieren informerer meg om at de alltid fyller ut et slikt skjema ved forespørsel om avdelingen kan motta en pasient. Skjemaet er gjengitt i vedlegg 5.

Etter å ha sittet å ha arbeidet foran PC en stund ringte sykepleier Ullevål sykehus om en pasient som ble meldt dagen i forveien, og informerte om at pasienten tilbys ledig plass fra 5. september (dagen etter).

Jeg merker meg at det hele tiden er stor aktivitet på vaktrommet. Pleiepersonalet (dagvaktene) kommer stadig innom vaktrommet – for å diskutere et eller annet spørsmål, samtale om sårskift, registrere et blodprøvesvar, BT og puls eller lignende. En

sykepleier satte seg ned for å søke om praktisk bistand for en pasient som skulle reise hjem om noen dager. Pasienten hadde selv skrevet søknaden, som sykepleieren skulle postlegge for pasienten. Sykepleier skrev deretter et notat om pasienten i Gerica.

Utover dagen beveget jeg meg rundt på avdelingen, var med på legevisitten, snakket med pasienter, som satt på stoler ute i korridoren, eller på rommet sitt etc., og så var det tilbake på vaktrommet.

Jeg ble fortalt at blålystilgang ga sykepleierne på avdelingen tilgang til alle pasientopplysninger som er registrert i Gerica, uavhengig av hvilken bydel i Oslo pasienten er bosatt. Alle sykepleierne på avdelingen hadde slik blålystilgang.

Sykepleierne opplyste at de ikke var helt fornøyd med det elektroniske informasjonssystemet; det gikk først og fremst på treg innlogging, og at tilgangen plutselig kunne forsvinne. Noen ganger kom en lett inn ved innlogging og andre ganger kunne det ta flere minutter.

Sykepleierne logget seg inn i Gerica ved brukernavn og passord.

Ved slutten av hver vakt skrev sykepleierne, og ev. hjelpepleier, journalnotat i Gerica, med støtte av noteringer de hadde gjort i løpet av arbeidsdagen, på den listen de fikk utlevert på morgenrapporten.. Jeg fikk opplyst at sykepleierne brukte modulen for journalen, og ikke tiltaksplanen i Gerica. Videre ble modulen for medisinalisten og plassadministrasjonen ble brukt.

I løpet av tiden jeg satt på vaktrommet fikk jeg en kort orientering om informasjonssystemet Gerica, og de ulike deler/moduler systemet er inndelt i. Det inkluderer egne kolonner om

- Bruker
- Tjeneste
- Sak
- ADL
- Timebok
- Journal
- Medisiner
- Hjelpemidler
- Tiltaksplan
- eLink
- Plassadministrasjon

I løpet av dagen observerte jeg og ble fortalt at all skriftlig informasjon fra Ullevål sykehus kom per post eller med pasienten, at det kan være problemer med å få svar på

laboratorieprøver og at det kan ta opp til flere dager. Pleierne uttrykte at rask tilgang til laboratoriesvar fra Ullevål sykehus ville vært en stor fordel.

Dag 2 september 2012

Den andre dagen var jeg tidlig ut og ankom avdelingen kl 7.00, mens nattevakten skrev rapport. Nattevakten fortalte at det døde en pasient med kreftsykdom på avdelingen for ca. en uke siden. Pasienten hadde vært tracheostomert og hadde hatt mye slim som måtte suges, men dødsfallet var ikke ventet. Det var det andre dødsfallet på avdelingen siden den åpnet. Nattevaken fortalt videre at de hadde fått beskjed om at pasienten som ble re-innlagt på Ullevål sykehus dagen i forveien ikke kom tilbake til avdelingen. I følge sykehuset var pasienten ganske dårlig, og hadde blitt overført til intensivavdelingen på Ullevål sykehus.

Nattevakten informerte også om at det var stor forskjell på rutinene på intermediæravdelingen og korttidsavdelingen, blant annet med hensyn til journalføring. På intermediæravdelingen der pasientene forventes å reise hjem etter to til tre uker ble opplysningene som regel dokumentert i ”journalen”, mens den tilsvarende dokumentasjonen på ²⁴korttidsavdelingen ble registrert i tiltaksplanen. Tiltaksplanen var i følge nattevakten mer tungvint å bruke, blant annet fordi hver observasjon og hvert tiltak må skrives under et bestemt område, for eksempel ernæring. Det betyr at en ikke kan skrive en sammenhengende rapport om pasienten, men må skrive litt her og litt der.

Jeg ble også fortalt at det er flere dager siden det hadde vært legevisitt, selv om hovedregelen er at en lege skal ta imot alle nye pasienter. Det var 4 pasienter som hadde vært på avdelingen et par dager uten at lege hadde sett til dem.

På morgenmøte tildeles en sykepleier oppgaven med å skrive inn dagens pasienter. Sykepleieren informerte om at hver innleggelse i avdelingen baseres på skriftlig vedtak med hjemmel i lov.²⁵ Vedtaket nedskrives av sykepleieren, og pasienten gis kopi/utskrift. Jeg observerte at det tok ca ti minutter å fylle ut vedtaksskjema.

Sykepleier fortalte at de fleste pasientene kom til avdelingen mellom kl. 15 og 18.00. Det er et overordnet mål at avdelingen skal være fullt belagt hele tiden. Det betyr at pasienter må skrives ut og rommet må være rengjort før dette tidspunkt, slik at ny pasient kan tas imot. Det kan derfor bli litt hektisk iblant, noe jeg også observerte senere på dagen.

På rapporten går man gjennom alle pasientene på avdelingen, pasient for pasient. Denne dagen drøftes særlig en pasient som har altfor høy CRP. Pasienten får antibiotika intravenøst, som har gått subcutant. Sykepleieren sier hun er litt bekymret. Det er vanskelig å legge inn perifer venekanyle på pasienten, og sykepleieren lurte på om det

²⁴ Pasientene på korttidsavdelingen skal etter planen også reise hjem etter endt opphold.

²⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven

bør legges inn sentralt venekateter, dersom pasienten skal fortsette med antibiotika intravenøst.

Når det gjelder de andre pasientene går rapporteringene i all hovedsak på stell av sår, smerter, og planlegging av hjemreise. Spørsmål som drøftes er om pasienten vil ha behov for hjemmesykepleie, praktisk bistand, kortidsopphold et annet sted, opphold på trykghetsavdeling etc etter utskrivning. Hver pasient får en nøye vurdering, og jeg observerer at pleierne samhandler i arbeidet med å komme med innspill ut fra sin erfaring og kjennskap til pasienten.

8 dager i februar og mars 2013 på IME

Som regel var jeg på avdelingen hele dagen, fra kl. 7.30 om morgnen til 18.00 – 19.00 om kvelden, de dagene jeg var observatør. På denne måten kunne jeg få med meg både hva som skjedde på dagen og mottak av pasienter på ettermiddagen.

Allerede den første dagen merket jeg meg at jeg var på en meget aktiv avdeling, som i stor grad var opptatt av å ”gjøre ting ordentlig” og å bygge opp kunnskap. Jeg overhørte mange faglige diskusjoner og ytringer. Jeg observerte at mye av ”visitten”, vurderinger og samtaler om hva slags helsehjelp pasienten skulle tilbys skjedde på vaktrommet uten at pasienten var tilstede.

Hver dag var forskjellig. Enten så satt jeg på vaktrommet, eller så gikk jeg i fotsporene til en sykepleier eller hjelpepleier, eller legen, når hun var til stede. Basen min var vaktrommet.

En morgen var to rom blitt isolert. Et rom ble ytterligere isolert ut på dagen. Det var utbrudd av NORO virus på avdelingen. Jeg observerte at utbrudd av Norovirus og etablering av isolat-rom krevde økt innsats fra personalet sin side. Det tok tid å ta på og av seg munnbind, frakk, sko overtrekk etc. hver gang en skulle gå inn og ut av et pasientrom. I og med avdelingen bare hadde dobbeltrom måtte begge pasienter holdes isolert på rommet, selv om det bare var den ene pasienten som var smittet.

Etter morgenrapporten ringte en sykepleier/hygienesykepleier på Ullevål sykehus for å drøfte situasjonen. Hun redegjorde for avdelingens rutiner ved utbrudd av NORO virus og etterspurte ytterligere råd om vasking og rengjøring. Hygienesykepleieren informerte blant annet om at god håndvask med bruk av såpe og vann er viktig, og at forskning viser at kun bruk av alkoholbasert hånddesinfeksjon ikke virker godt nok ved denne type virusinfeksjon. Kloramin 5 % kan brukes som desinfeksjonsmiddel.

I to dager var det bare ni pasienter på avdelingen på grunn av viruset. Den ene dagen satt jeg store deler av tiden og gjennomgikk epikrisene fra sykehuset og medisinkurvene på alle inneliggende pasienter. På de ni pasientene fant jeg diskrepans mellom medisinnopplysninger på kurve og medisinnopplysninger på epikrise hos en pasient. Epikrisene var registrert elektronisk og det var en utskrift av denne som hadde fulgt med

pasienten. Medisinkurven var skrevet for hånd. Jeg merket meg at håndskriften på medisinkurvene mange ganger var vanskelig å tyde, noen ganger måtte jeg bruke epikrisen som tolkningshjelp.

Etter morgenrapporten er det alltid en sykepleier som finner frem dagens medisiner til pasientene. Sykepleieren leser fra pasientens medisinkort og legger en og en medisin ned i lite plastglass – et plastglass til hver pasient. Nattevakten har på forhånd funnet frem medisinene pasientene skal ha i løpet av natten, og lagt dem i hvert sitt avlukke på et lite lyseblått brett. Sykepleier bruker en pinsett når hun tar en og en medisin ut fra avlukkene og legger den i det lille plastglasset. Denne prosedyren innebærer at det alltid er minst to sykepleiere som sjekker medisinene til pasienten. Innimellom ba sykepleieren som la medisinen ned i plastglasset en annen sykepleier om å gjøre en ekstra kontroll. Denne dagen oppdaget sykepleieren flere feil – det vil si at nattsykepleier – som denne natten hadde vært en ekstravakt – hadde lagt feil medisiner i avlukkene på det lyseblå brettet. Denne feilen hadde ingen betydning for pasienten. Pasienten fikk de medisinene han skulle ha. Litt senere på dagen ble spørsmålet om en skulle skrive avvik på slike hendelser drøftet. I og med at kvalitetssikringen hadde fungert kom en frem til at en ikke skulle skrive avvik for denne hendelsen.

Noen ganger opplevde jeg det vanskelig å være observatør. Mange ganger følte jeg meg i veien. At jeg gikk og tråkket på andres enemerker, var en kikker. Særlig når jeg så at personalet hadde mye å gjøre var det vanskelig ikke å gjøre noe selv. Det var unaturlig for meg å være så ”inaktiv”. Enkelte ganger bøyde jeg meg ned og tok opp noe fra gulvet, hvis noe ble mistet. Andre ganger kunne jeg hente et glass vann til en pasient, men jeg var hele tiden usikker på hva som var ”passende”.

Jeg tror like gjerne at dette var følelser hos meg – som at det var personalets. Mange ganger opplevde jeg at de andre ikke ”tok notis” av at jeg var til stede – det vil si at jeg ikke påvirket dem i noen retning. Andre ganger kunne jeg føle meg litt i veien. Det var særlig når det var mange på vaktrommet og trangt om plassen.

Personalet var hele tiden veldig forekommende. Men jeg så at det kunne være vanskelig å få innpasse et intervju – arbeidsdagen var som regel fullt besatt.

Oppgaven som observatør kunne til tider også være frustrerende. I løpet av en arbeidsdag skjer det mye som ikke kan relateres til samhandling mellom sykehuset og avdelingen. Det meste av samarbeid eller samhandlingen jeg observerte var den som skjedde internt mellom personalet. For pasienten er det møte med helsepersonellet der og da som er viktig. For å få øye på eksternt samarbeid må man sitte og vente; vente på neste telefon, vente på faksen, vente på at noe skal skje, enten etter initiativ fra personalets side eller ved henvendelse utenifra. I mens er personalet på avdelingen fullt opptatt av å ta seg av pasienten, gi omsorg, gi mat og medisiner, stelle sår, ta blodprøver

og andre undersøkelser som puls, blodtrykk og respirasjon, foreta vurderinger, treffe beslutninger og registrere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten.

Korttidsavdelingen

Jeg ankom avdelingen tidlig på morgenen, av og til før noen av dagvaktene.

Morgenrapporten ble avholdt i et av avdelingenes fire kombinerte kjøkken og oppholdsrom, alltid i det samme rommet ble jeg fortalt.

Sykepleierne og hjelpepleierne satte seg rundt bordet kom etter hvert som de kom.

Det var som regel 9 til 12 pleiere til stede, inkludert 3 til 4 sykepleiere. På salongbordet lå en ringperm og et par sorte skrivebøker i A-4 format.

Ringpermen inneholdt ark med pasientoversikter. Hvert ark ga en oversikt over alle inneliggende pasienter. Noe av det første pleierne gjorde etter at de hadde satt seg, var å ta ut en pasientoversikt, som de noterte på under rapporten. Forhåndsregistrerte opplysninger på oversikten var pasientens rom nummer, navn, inn og ev. planlagt ut dato, rubrikk for rapport og diagnoser. Under rubrikken rapport var det enten registrert kontroll/utredning og behandling eller rullerende.

Rapporten ble avsluttet med at pleierne ble tildelt en gruppe. To pleiere på hver gruppe. En sykepleier fikk ansvar for sykepleieroppgaver på to grupper, og skulle ellers hjelpe til med alminnelig stell der det er behov.

Etter morgenrapporten tok alle pleierne hver sin telefon. I løpet av tiden jeg var observatør så jeg at telefonsamtaler med samhandlede personell like gjerne kunne skje utenfor vaktrommet, som på vaktrommet. Det var derfor nødvendig å gå i fotsporene til en pleier – hele tiden - for å kunne observere hver gang hun eller han utvekslet informasjon med samarbeidende personell per telefon.

En hjelpepleier på korttidsavdelingen var dedikert til å følge med i Gerica og skrive inn og ut pasienter, legge frem nødvendig papirer etc. Arbeidsoppgavene omfattet også utskriving av pasientoversikter, bestilling av transport av pasienter til og fra undersøkelser etc. Disse oppgavene ble tidligere gjort av det personalet som hadde ansvaret for pasienten den dagen. Vi kom til at den første dagen på korttidsavdelingen kunne det være hensiktsmessig at jeg gikk sammen med henne som hadde ansvaret for å følge med på Gerica, finne frem journalopplysninger etc.

Det første hun gjorde, etter rapporten, var å logge seg inn på informasjonssystemet Gerica, modulen Plassadministrasjon, som inneholdt oversikt over alle pasientene på avdelingen, hvilket rom og i hvilken seng de lå i. Oversikten oppdateres daglig av bestillerkontoret. Endringer i oversikten kan også gjøres fra avdelingen, som kan være aktuelt ved bytte av rom.

Ved innsyn i modulen denne morgenen så vi at avdelingen ville få to nye pasienter den dagen. Da vi gikk inn i modulen for plassadministrasjon litt senere på dagen så vi at oppdateringen var endret. Den ene pasienten avdelingen hadde fått melding om via modulen plassadministrasjonen, skulle likevel ikke komme.

På bakgrunn av opplysningene i Gerica gjør personellet nede i resepsjonen i stand en papirjournal – en egen mappe - for den enkelte pasient samt dørsilt, blir jeg fortalt. Så lenge pasienten er inneliggende på korttidsavdelingen oppbevares journalen nedlåst i en tralle på vaktrommet. Når pasienten reiser leveres papirjournalen ned til resepsjonen som har ansvaret for å arkivere den.

Ved siden av å sitte på vaktrommet gikk jeg den første dagen omkring på avdelingen. Med sine 34 pasienter er det en stor avdeling, og det var vanskelig å få oversikt. Til forskjell fra intermediæravdelingen som maksimalt har 16 pasienter og ett kombinert oppholds – og spiserom, har korttidsavdelingen fire kombinerte oppholds – og spiserom som ligger i hvert sitt hjørne i bygget.

Den tiden jeg satt på vaktrommet observerte jeg, og lyttet til alle telefonsamtalene, utgående så vel som inngående. All dokumenthåndtering (behandling av pasientopplysninger) foregikk stort sett på vaktrommet. I motsetning til IME hadde korttidsavdelingen et eget medisinrom, hvor all fremfinning av medisiner til dagens pasienter gjøres. På en av mine observasjonsdager satt jeg inne på dette medisinrommet og observerte hvordan sykepleier tar medisin for medisin ut av et medisinglass, med pinsett, og legger medisinen ned i et plastbeger til hver pasient, til sammen 34 pasienter. På dette medisinrommet er det også plassert en PC, og jeg fikk anledning til å se hvordan deler av informasjonssystemet fungerte.

Jeg merket meg at pasientene på korttidsavdelingen trengte mer stell og hadde vanskeligere for å gjøre ting på egenhånd, enn pasientene på intermediæravdelingen. Pasientene på korttidsavdelingen brukte også gjennomgående mer medisiner. En av pleierne uttrykte det slik:

Det er en stor utfordring å ta seg av alle mer eller mindre demente pasienter. Det har blitt en mye større andel av eldre som misbruker tabletter og andre rusmidler.

Jeg opplevde også at det kunne være vanskelig å rekke over dagens gjøremål. En av dagene jeg fulgte en sykepleier ”hakk i hel”, gikk det i ett fra morgenrapporten, og da aftenvakten kom var det fremdeles en pasient som ikke hadde fått stell. I løpet av hele dagen hadde vi sittet nede ca 20 minutter for å spise matpakke.

Bestillerkontoret

Sykebesøk

I bilen underveis til sykehuset ble jeg informert om at planen denne dagen var å oppsøke fire pasienter for å avklare omsorgsnivå. Besøkene var lagt opp slik at teamet først skulle møte pasientens lege og/eller sykepleier, og deretter ha en samtale med pasienten. Deretter skulle sykehusteamet drøfte pasientens omsorgsbehov og legge opp en plan for videre oppfølging av pasienten i kommunen.

I forkant av alle møtene som det refereres fra nedenfor informerte jeg pasienten om hva mitt ærend var, og at de sto fritt til å bestemme om jeg kunne delta. Ingen av pasientene hadde noe i imot at jeg var til stede som observatør.

Sykebesøk på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Møte med lege og sykepleier

Sykepleier fortalte at pasienten var operert for subduralt hematom for ca 6 uker siden. Pasienten hadde vært på ferie da han ble syk, og var blitt fraktet hjem etter å ha ligget to uker på sykehus i utlandet. På sykehuset i utlandet hadde han pådratt seg et 7 cm i diameter stort liggesår på setet, som nå var redusert til 2 cm. Sykepleieren fortalte at det var stafylokokkinfeksjon i liggesåret (kontaktsmitte), at pasienten hadde fått mye antibiotika for dette på sykehuset i utlandet, men at antibiotikabehandlingen ikke var fulgt opp etter hjemkomst, på grunn av faren for Clostridium. Pasienten hadde også pådratt seg en urinveisinfeksjon og lungebetennelse.

Pasienten hadde ved ankomst til sykehuset her vært veldig syk, så syk at datteren hadde blitt informert om at pasienten kanskje ikke kom til å overleve.

Sykepleier opplyste at pasienten hadde dårlig gangfunksjon; det var stilt spørsmål om årsaken kunne være sentral, men dette var ikke blitt utredet nærmere. Pasienten hadde i tillegg hjertesvikt og diabetes. Han var avhengig av prekestol, trengte hjelp til å støtte seg/komme seg opp, tilrettelegging i stell, og få lagt frem utstyr til dette. Sykepleieren fortalte at pasienten må pushes, men det var tilstrekkelig med en person. Hun fortalte at pasienten var preget av langt sykeleie. Videre at konen visstnok var dement og får hjemmesykeleie. Pasienten hadde, før han ble syk, vært en viktig ressurs for konen. Datteren hadde også fulgt mye opp.

Vi fikk opplyst at pasienten nå var i stor bedring, både legen og sykepleieren uttalte at det vil være mye å hente ved videre rehabilitering. Pasienten trengte å få tilbake styrke. Han var klar og orientert, men ble lett påvirket av omgivelsene, og kunne lett miste livsgnisten. Vi ble fortalt at pasienten var lett å samarbeide med. Sykepleieren sa at hun var redd pasienten ville stagnere hvis han ikke fikk daglig og tilrettelagt trening.

Pasientens sår ble skiftet ved behov ellers hver tredje dag. Hans diabetes ble regulert med kost og tabletter, og han hadde fått Kabiven ernæring på grunn av såret.

Sykepleieren fortalte at pasienten hadde fått avslag på forespørsel om plass på universitetssykehusets seksjon for rehabilitering Aker. Avslaget var dels begrunnet med at de mente pasienten var utskrivningsklar, og dels fordi avdelingen på Aker ikke kunne tilby pasienten noe mer/annen type hjelp enn kommunens avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. På lengre sikt var målet at pasienten kunne reise hjem.

Møte med pasienten

Til stede på dette møte var en sykepleier fra avdelingen, to sykepleiere fra sykehusteamet og jeg som observatør, i tillegg til pasienten. Møte ble avholdt på pasientens rom. Alle sammen stod, bortsett fra pasienten. I løpet av samtalen kom også pasientens fysioterapeut inn i rommet. Møte startet med at vi presenterte oss og fortalte hvorfor vi var der. Pasienten kom oss raskt i møte og dialog var i gang.

Pasienten var verbal og god til å fortelle. Han fortalte at han i de siste dagene før ferien hadde følt seg mo i knærne, snublet i teppet og gått rett i dørken, men hadde klart å reise seg opp igjen. Pasienten hadde falt en gang til, men hadde også da klart å komme seg opp igjen. Han hadde følt seg kjekk dagen etter, og han og konen hadde derfor besluttet å reise på den planlagte ferien. Pasienten sa han var tidligere sjømann og godt kjent i landet de skulle reise til. Etter ankomst hadde imidlertid pasienten blitt dårlig igjen, blitt innlagt på sykehus, hvor han hadde vært i to uker.

Pasienten fortalte at personalet på Ullevål hadde vært enestående. Han sa han trengte styrketrening og at han var veldig motivert for trening. Han hadde god husk, hadde bil og vil gjerne kunne kjøre igjen. Han fortalte at konen hans var litt svak på grunn av slag og at han gjerne vil være der for henne. Han hadde et stort hus i to etasjer. I første etasje var det tre hybler som tidligere var blitt leid ut, men nå sto tomme. Pasienten selv bodde i andre etasjer, og vil gjerne fortsette med dette. Når det gjaldt rehabiliteringsopphold, vil han helst på xx eller yy.

Samtale og forhandlinger etter møte med pasienten

Etter møte med pasienten gikk de to fra sykehusteamet inn på et ledig rom for å samtale om den videre oppfølgingen av pasienten, og jeg var med som observatør. Målet for sykehusteamet var å finne frem til det beste mulige oppfølgingsstedet for pasienten, sette opp ønskede alternativer for pasienten i prioritert rekkefølge. Et viktig utgangspunkt i denne vurderingen - ble jeg fortalt - var fare for at pasienten kunne stagnere med hensyn til fysisk bedring og styrke hvis han ikke fikk daglig trening. Møte startet med at jeg fikk en kort orientering om aktuelle muligheter:

1. Aker rehabilitering Oslo kommune

- Avdelingen er etablert som en del av prosjektet Samhandlingsarena Aker. Formålet med avdelingen er å bidra til rehabilitering og raskere utskrivning fra sykehus. Primærmålgruppen er mennesker over 60. Aktuelle pasientgrupper kan være:
 - Nevrologiske pasienter, for eksempel slagpasienter med behov for kognitiv behandling og opptrening.
 - Ortopediske pasienter med kompliserende tilleggsproblemer, som for eksempel KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), hjerte- og karlidelser m.m.)
- Det er en forutsetning at pasientene er klar til å starte rehabilitering og opptrening fra første dag. Den akutte sykdommen må derfor være medisinsk avklart og behandling startet. Pasientene må kunne delta i egen rehabiliteringsprosess. Oppholdet på avdelingen er tidsbegrenset til inntil 4 uker.

2. Langerud sykehjem.

- Sykehjemmet har 18 rehabiliteringsplasser, som blant annet omfatter daglig fysioterapi.

3. Alminnelig korttidsplass.

- Langerud sykehjem eller Abildsø. Langerud sykehjem har 18 korttidsplasser. Abildsø har 34 korttidsplasser. Avdelingene tilbyr ikke daglig fysioterapi.

Sykehusteamet kom ganske raskt til at kommunens rehabiliteringsavdeling på Aker var første prioritet for denne pasienten. En av sykepleierne fra sykehusteamet ringte da omgående til Aker med spørsmål om rehabiliteringsavdelingen kunne ta i mot pasienten. Den første tilbakemeldingen var at de muligens hadde en plass fra dagen etter, men de måtte drøfte spørsmålet internt først. Etter to drøftingssamtaler per telefon ble det avklart at pasienten kunne overflyttes dagen etter – det vil si en dag etter at pasienten var meldt utskrivningsklar.

Sykebesøk på ortopedisk avdeling

Før møte med sykepleier informerte sykehusteamet om hva de viste om pasienten, på bakgrunn av meldingene fra sykehuset. Den aktuelle pasienten var en mann på 86 år, innlagt på sykehuset for tre dager siden. Pasienten hadde vært plaget av smerter i høyre kne. Han hadde plutselig blitt uklar søndag kveld, men visstnok ikke hatt nevrologiske utfall eller lammelser. I følge meldingene klarte pasienten å komme seg opp i og ut av

seng alene, men trengte noen å støtte seg til for å reise seg opp. Bestillerkontoret hadde mottatt UK melding dagen før om at pasienten var utskrivningsklar samme dag.

Ved gjennomlesing av UK meldingen ser vi at denne var mangelfull. Sykepleier på sykehusteamet fortalte at de nøye gjennomgikk alle meldinger opp mot kravene som foreligger for slike meldinger. Sykehusteamet fortalte at de registrerte alle meldinger med meldt utskrivningsdato, inkludert en vurdering av hvorvidt meldingen tilfredsstilte forskriftens krav, på et eget Excel skjema på bestillerkontoret. Teamet opplyste at de i utgangspunktet ikke tar opp spørsmålet om meldingen var mangelfull ved besøket på sykehuset, men at de informerte egen ledelse i etterkant, og at spørsmålet ble tatt opp i forbindelse med oppgjør for pasienter som har blitt liggende på sykehuset ut over utskrivningsdatoen.

Møte med sykepleier

Møte med sykepleier på ortopedisk avdeling artet seg helt annerledes enn møte med lege/sykepleier på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det første sykepleieren vi møtte fortalte oss var at hun ikke kjente pasienten, og at sykepleieren som kjente pasienten best hadde hatt kortvakt og var gått hjem. Det var heller ingen lege til stede på avdelingen som kunne fortelle oss noe om pasienten. Vi ble med sykepleieren inn på vaktrommet, der hun logget seg inn på pasientens journal og orienterte oss så godt hun kunne med grunnlag i hva som sto i journalen.

Tilstanden på avdelingen opplevdes litt kaotisk. Etter en stund kom det inn en sykepleier på vaktrommet som syntes å ha bedre kjennskap til pasienten. Hun fortalte at pasienten hadde behov for smertelindring og mobilisering, og at han bodde i 4 etasje uten heis. En tredje person i rommet reiste spørsmål om pasienten kunne overflyttes til intermediæravdelingen, men den sykepleieren som hadde noe kjennskap til pasienten mente han ikke var kandidat. Hun fortalte at pasienten stelte seg selv på sengekanten, men trengte hjelp til tilrettelegging. Han kunne gå med prekestol.

Sykepleieren som satt og leste fra journalen opplyste at legen hadde skrevet at pasienten ikke klarte seg hjemme. Hun opplyste at pasienten tidligere har hatt hjemmesykepleie da han trenger hjelp til medisiner (aranesp mot anemi).

Sykepleieren fortalte at det hadde vært mye ommøblering av pasienter på avdelingen i den siste tiden, og at det er lett å miste kontinuiteten. Siden pasienten hadde kommet til avdelingen for tre dagen siden var han blitt flyttet to ganger. Hun påpekte at pasienten ikke hadde problemer med å kommunisere.

Møte med pasienten

Pasientens seng var på badet, nærmest døren. Han satt på sengekanten da vi kom, litt fremoverbøyd. Den andre pasienten som også lå på dette rommet var på undersøkelse. Samtalen med pasienten startet med at vi presenterte oss og informerte om hvorfor vi var der.

Pasienten fortalte at han hadde ødelagt seg hjemme; han hadde fått det ene beinet i klem hjemme i sengen mens han sov. Han fortalte om smerter i kne, men at smertene nå var mindre enn tidligere. Sa han var på bedringens vei. Han hadde en rosa veneflon på underarmen. Fortalte at han får tabletter av hjemmesykepleier.

På spørsmål om hva han tenker om det at han nå skal skrives ut fra sykehuset, svarer pasienten at han ønsker å komme på hvilehjem. Pasienten gjentok tre ganger under samtalen at han ønsket å komme på hvilehjem. Sykehusteamet informerte at pasienten kunne få et opphold i en korttidsleilighet iveien, og at det betyr at han får servert alle måltider og kan få hjelp og støtte på dagtid. Pasienten ble overrasket da han ble informert om at dette kostet kr. 150 per døgn, og ga uttrykk for at han har trodd at dette er noe han kunne få uten å måtte betale for det. Dette gjentok han flere ganger.

Mens vi stod og samtalen med pasienten kom pasienten som lå innerst i rommet tilbake fra undersøkelse, trillende i seng. For å få sengen inn i rommet måtte sengen til pasienten vi samtalen med flyttes på for at den andre sengen kunne komme forbi.

Samtale etter møte med pasienten

Etter møte med pasienten ringte sykehusteamet pasientens bydel, informerte om pasienten og sa han trengte opphold i korttidsleilighet. Deretter informerte teamet sykehusavdelingen (en sykepleierstudent) om hvor pasienten skulle etter at han ble utskrevet. Sykehusteamet ba om at sykehuset kontaktet innsatsteamet i bydelen når pasienten forlot sykehuset. Innsatsteamet vil da ta imot pasienten når han ankom korttidsleiligheten og vurdere hva slags hjelp og tjenester han hadde behov for.

Sykebesøk på generell indremedisinsk avdeling

Pasienten som besøkes er en kvinne på 86 år.

Møte med sykepleier

Samtalen med sykepleieren foregikk på vaktrommet. Sykepleieren informerte oss om at årsaken til at pasienten var innlagt på sykehuset var funksjonssvikt og mistanke om erysipelas (rosen – en akutt hudinfeksjon). Pasienten hadde i senere tid hatt økende smerter, rubor (rødhet) og vært hoven i venstre legg. Hun hadde fått penicillin, og erytemet (hudrødmen) var nå på tilbakgang. Pasienten var også plaget av rygg smerter. Røntgen hadde vist enkelte degenerative forandringer, ellers negativ. Sykepleier fortalte at pasienten får blodtrykksfall hvis hun reiser seg raskt opp, og at det da er fare for at hun skal falle.

Sykepleieren opplyste at pasienten vasket ansiktet sitt selv, men trengte tilrettelegging. Videre at pasienten bare spiste litt og litt adgangen, til sammen veldig lite. Vi får høre at pasienten ikke klarer å sitte stille, men går hvileløst rundt omkring; pasienten synes å ha en uro i seg.

Møte med pasienten

Vårt første møte med pasienten er at vi ser henne komme vandrende oppover korridoren, noen ganger støtter hun seg til veggen med den ene armen. Vi gikk pasienten i møte. Pasienten tok meget pent i mot oss og svarte ja på om vi kunne stille noen spørsmål. Vi gikk etter henne inn på rommet. Hun lå på ensengsrom. Pasienten sa hun ikke orket så mye om gangen og ba oss være raske. Pasienten satte seg på sengekanten og reiste seg opp igjen, flere ganger, samtidig mens hun tok på noe, på nattbordet sitt, på en snor, en knapp, et knapphull, eller glattet på sengen. Noe av pasienten var i bevegelse hele tiden. Pasienten fremsto som liten og skrøpelig.

Samtale etter møte med pasienten

Etter møte drøftet sykehusteamet pasienten og kom til at hun trengte et kortidsopphold på sykehjem for videre vurdering, inkludert utredning av kognitiv svikt.

Sykebesøk på generell indremedisinsk avdeling

Den fjerde pasienten vi besøkte var en dame i 80 årene, innlagt på generell indremedisinsk avdeling.

Møte med sykepleier

Sykepleier fortalte at pasienten lider av hjerte - og lungesvikt. Årsaken til at pasienten ble innlagt var forverring av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Pasienten fikk antibiotika for luftveisinfeksjon.

Sykepleier fortalte at pasienten helst vil reise hjem fra sykehuset, men at pasienten aksepterte korttidsopphold på sykehjem. Hun fortalte at sykehuset hadde bestilt forstøver, som pasienten skal lære å bruke hjemme. Pasienten klarte seg nå uten ekstra oksygentilførsel. Pasienten har vært noe ustø og hadde fått rullator. Trengte noe hjelp til påkledning,

Bydelen stilte spørsmål til sykepleier om intermediærenheten (IME) kan være aktuelt for denne pasienten.

Sykepleieren på sykehuset uttalte at hun ikke var så godt kjent med hva intermediærenheten sto for og kriteriene for å komme dit. Sykehusteamet informerte da sykepleieren om avdelingen, og ga henne telefonnummeret dit.

Møte med pasienten

Pasienten lå på to sengsrom, og den andre pasienten gikk ut av rammet da vi kom inn. Pasienten lå oppå sengen, i morgenkåpe. Hun virket noe avmagret, men svarte kort og greit på alle spørsmål. Lett å prate med. Pasienten virket trygg i situasjonen. Svarte ”greit” da sykepleieren fortalte at de undersøkte om hun kunne få plass på en intermediærenhet i bydelen. Pasienten fortalte at mannen hennes har rullerende opphold på korttidsavdelingen på sykehjemmet, og at dette fungerte bra.

Samtale etter møte med pasienten

Da vi kom ut av pasientens rom ble vi møtt av sykepleieren på avdelingen. Hun opplyste at pasienten kunne komme på intermediæravdelingen samme dag.

Sykepleieren sa: *”De spurte om så mye. Det gikk bra. De kan ta imot pasienten allerede i dag. Nå skal jeg inn å informere pasienten. Må informere om at hun kommer på dobbelt rom. Det går sikkert bra. Takk skal dere ha.”*

Bestillerkontoret dagen etter

Jeg ankom bestillerkontoret dagen etter sykebesøkene i god tid før kl. 08.00, da sykehusteamet hadde møte med innsatsteamet. Møte startet med en kort orientering om gårsdagens hendelser og fortsatte med gjennomgang av dagenes program. Innsatsteamet fortalte at pasienten vi hadde besøkt på sykehuset dagen i forveien hadde blitt innlosjert i korttidsleiligheten og allerede hadde sosialisert seg bra. Videre at vedtak om at pasienten hadde opphold i leiligheten var skrevet inn i Geric, basert på meldingene fra sykehuset, samtale med sykepleier på sykehuset og egne observasjoner ved møte med pasienten.

Innsatsteamet og sykehusteamet gjennomgikk dagens pasienter, pasient for pasient. Til sammen gjennomgås syv pasienter denne dagen. En pasient som er meldt utskrivningsklar drøftes mer inngående. Pasienten ble operert for ca. recti (kreft i endetarmen) for ca en måned siden, men operasjonen hadde ikke vært vellykket. Blæren var blitt perforert og pasienten reoperert 8. operasjonsdag. Etter reoperasjonen hadde pasienten blitt delirisk. Fra sykehuset var det kommet inn flere endringsmeldinger om pasienten, med stadig nye utskrivningsdatoer, først 8. april, så 12. april og nå 19. april. I følge den siste meldingen trengte pasienten tilrettelegging i stell (pasienten har nefrostomi). Spørsmålet om pasienten kan være en kandidat for intermediæravdelingen ble reist, eventuelt om han kunne komme hjem med hjemmesykepleier, med hjelp av innsatsteamet. Dette spørsmålet ble ikke avklart på møte.

Meldinger fra sykehuset om innlagte pasienter, endringsmeldinger og melding om utskrivningsklare pasienter

Hver dag sorterer bestillerkontoret innkomne meldinger om innlagte pasienter i to bunker, blir jeg fortalt. I den ene bunken ligger meldinger om pasienter som etter all sannsynlighet kan reise hjem; eventuelt med litt forsterket hjelp, etter utskrivning fra sykehuset. I den andre bunken ligger meldinger om pasienter sykehusteamet er mer usikker på hvordan best kan følges opp. Usikkerheten er basert på meldingene fra sykehuset, telefonsamtalene i etterkant av meldingene, og eventuell tidligere kjennskap til pasienten.

Den andre dagen jeg var på bestillerkontoret gjennomgikk jeg innkomne meldinger om 17 pasienter. Meldingene fra Ullevål kom via faks, de fleste var håndskrevne og ikke alltid like lett å lese. Alle meldingene ble skrevet inn i Geric. For hver pasient ringte

sykepleier på bestillerkontoret sykehuset, og pasientens helsetilstand (status) ble gjennomgått etter en egen liste, jf. skjema respons 1 (vedlegg 6).

Informasjonen sykepleieren mottar under telefonsamtalen med sykehuset blir nedtegnet med penn på den faksede meldingen fra Ullevål, før den skrives inn i Geric. Noen ganger skrives informasjonen direkte inn i Geric i løpet av telefonsamtalen. Det omfatter opplysninger om medisinbruk, pasientens behov for tilrettelegging og stell, eventuelt annen hjelp pasienten vil trenge etter utskrivning.

2 Forespørsel til sykepleier om deltakelse i forsknings-/mastergradsprosjekt

Prosjektets tema er sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Abildsø sykehjem er etablert som et utviklingscenter for sykehjem i Oslo. Det er inngått avtale med utviklingscenteret at senteret skal bidra til å skaffe tilgang til forskningsfeltet (mulighet til å samle data).

Dette skrivet er et spørsmål til deg som helsepersonell/sykepleier på utviklingscenteret om å bidra til datainnsamling til forskningsprosjektet (masteroppgaven). Prosjektet skal forsøke å belyse hvordan helsepersonell/sykepleier opplever samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ved overføring av pasienter. Fokus i oppgaver er informasjons- og kunnskapsoverføring, rådgivning, veiledning, og utvikling av ferdigheter. Hva kreves for å virkeliggjøre målet om kontinuitet og kvalitet på helsehjelpen når et pasientforløp krysser grenser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse – og omsorgstjeneste?

Hva innebærer studien for deg?

Datainnsamlingen til masteroppgaven skal skje ved at jeg som observatør går sammen med deg store deler av en eller to arbeidsdager, og i etterkant får anledning til å intervju deg i ca. ½ time. Som observatør skal jeg også lese gjennom den samme pasientdokumentasjonen som du gjør (epikrise og ev. andre utskrivningsdokumenter fra sykehuset). Jeg skal i utgangspunktet ha en passiv rolle under observasjonen. Observasjonene vil bli skrevet med i en egen loggbok. Intervjuene skal tas opp på lydbånd, og transkriberes i etterkant.

Mulige fordeler og ulemper

Det er et mål at min tilstedeværelse ikke skal oppfattes som slitsom/ubehaglig eller virke forstyrrende på dine oppgaver.

Hva skjer med dataene jeg samler inn

Forskningsrapporten /masteroppgaven skal innleveres desember 2013. Rapporten skal ikke innholde opplysninger som kan tilbakeføres til en enkelt pasient eller deg som helsepersonell/sykepleier. Ev. underlagsmateriale som ikke er anonymt kastes /slettes etter at oppgaven er ferdig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig for deg å delta, og du kan når som helst trekke deg dersom du finner at dette ikke er noe for deg. Ytterligere informasjon om masterstudien finnes i vedlagte prosjektplan.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)

Studien er forelagt REK.

Veiledere

Hovedveileder: Professor og leder av NSEP, Arild Faxvaag, Det medisinske fakultet v/ NTNU
Biveileder: Forsker, Institutt for helse og samfunn, UiO, Line Melby

3 Pasientinformasjon om forsknings-/mastergradsprosjekt

Jeg ber om din tillatelse til å få være med helsepersonell/sykepleier som observatør i forbindelse med helsehjelp til deg som pasient.

Dette som en del av et prosjekt med tema:

Sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Prosjektet skal forsøke å belyse hvordan helsepersonell/sykepleier opplever samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ved overføring av pasienter. Fokus i oppgaven er informasjons- og kunnskapsoverføring, rådgivning, veiledning, og utvikling av ferdigheter. Hva kreves for å virkeliggjøre målet om kontinuitet og kvalitet på helsehjelpen når et pasientforløp krysser grenser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse – og omsorgstjeneste?

Datainnsamlingen til masteroppgaven skal skje ved at jeg som observatør er sammen med sykepleier i ulike arbeidssituasjoner, og i etterkant får anledning til å intervju han eller henne. Som observatør ønsker jeg også å kunne lese gjennom pasientdokumentasjon, og jeg vil kunne få innsyn i de samme opplysningene om deg som sykepleieren. Jeg skal i utgangspunktet ha en passiv rolle under observasjonen. Observasjonene vil bli skrevet med i en egen loggbok. Intervjuene skal tas opp på lydbånd, og transkriberes i etterkant

Dette skrivet er informasjon til deg som pasient om prosjektet.

Hva innebærer studien for deg?

For deg innebærer observasjonene og lesing av informasjonen som følger deg som pasient at jeg får innsyn i helseinformasjon som kan knyttes til deg som person. Dette er opplysninger som er underlagt taushetsplikt; du kan derfor motsette deg at jeg får tilgang til denne informasjonen. Studien skal ikke ha noen innvirkning på den helsehjelpen du mottar.

Mulige fordeler og ulemper

Det er et mål at min tilstedeværelse ikke skal oppfattes som slitsom/ubehaglig for deg.

Hva skjer med dataene jeg samler inn

Forskningsrapporten /masteroppgaven skal innleveres desember 2013. Rapporten skal ikke inneholde ditt navn eller andre opplysninger som kan tilbakeføres til deg som pasient.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig for helsepersonell å delta i prosjektet. Helsepersonell kan når som helst trekke seg dersom de finner at dette ikke er noe for dem.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)

Studien er forelagt REK.

Veiledere

Hovedveileder: Professor og leder av NSEP, Arild Faxvaag, Det medisinske fakultet v/ NTNU

Biveileder: Forsker, Institutt for helse og samfunn, UiO, Line Melby

4 Utdrag av referat fra komitémøte REK Midt 15.03.13 kl 09:00

2013/393 Sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter
Dokumentkategori: Dispensasjon fra taushetsplikt
Dokumentnummer: 2013/393-1
Dokumentkategori: Dispensasjon fra taushetsplikt
Avsender: Arild Faxvaag
Forskningsansvarlig: NTNU, Institutt for nevromedisin
Formål (Redigert av REK) For at helsehjelp skal holde høy kvalitet, er det avgjørende at personellet har de ferdigheter (evne til å utføre en bestemt aktivitet eller arbeid) som trengs for gjennomføringen av de oppgaver helsehjelpen krever. Målet for studien er å undersøke utfordringer knyttet til overføring av kunnskap og utvikling av ferdigheter og kompetanse ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Utvalget består av 10 sykepleiere som arbeider på en sengeenhet som mottar utskrivningsklare pasienter. Prosjektdata skal samles inn vha. observasjon, intervju og dokumentanalyse. Studien er samtykkebasert.
Vurdering:
Forsvarlighet Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Prosjektet framstår som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt med de vilkår som er gitt under.
Dispensasjon fra taushetsplikt Komiteen viser til helseforskningsloven § 35 og gir herved dispensasjon fra taushetsplikt, slik at opplysninger kan gis fra helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, til bruk i det beskrevne prosjektet. Komiteen godkjenner også at prosjektleder behandler personopplysninger uten samtykke fra den enkelte deltaker. Prosjektleder kan delegerer nødvendig tilgang til de andre personene som er nevnt i søknadens liste over medarbeidere.
Vilkår for godkjenning 1. Komiteen ber om at pasientene innlagt på sengeenheten hvor prosjektet skal gjennomføres, blir informert om studien, og at de gis anledning til å reservere seg fra indirekte deltakelse. Det må derfor utarbeides et informasjonsskriv hvor det opplyses om reservasjonsrett. Informasjonsskrivet skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2013/393" i emnefeltet. 2. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. 3. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Prosjektdata skal oppbevares i minimum 5 år etter prosjektslutt.
Vedtak: Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge innvilger dispensasjon fra taushetsplikten med de vilkår som er gitt.

5 Sjekkliste ved kontakt med Ullevål sykehus

Pasientens navn:

DATO for henvendelse

DATA pasienten kommer:

FØDSELSNUMMER

BYDEL:

Hvis pasienten får avslag på IME må dette begrunnes, fyll inn i et ledig felt av skjema hvor det tydelig fremkommer begrunnelsen for avslaget (evt. skriv begrunnelsen på baksiden av arket).

Hvem tar imot beskjed?	
Hvem snakker vi med, hvilken avdeling og tlf:	
Hjemmesykepleie/sosial situasjon /bo – situasjon	
Kan pasienten hjem om 2 uker?	
Årsak til innleggelse UUS (og varighet på siste innleggelse – dvs dato for inn og ut skal være med i registreringen).	
Tidligere diagnoser	
Formål med innleggelse her:	
Er pasienten informert om avdelingen og motivert?	Eksempel dobbeltrom, egenandel 137 kr. ²⁶ pr døgn, at pasienten forventes å delta på felles måltider og aktiviteter, fysio kun ²⁷ 50 %. Har pasienten evt. penger til egenandel for taxi.
Mental tilstand:	
Fysisk tilstand	
Evt. Diettbehov (meldes til kjøkkenet)	
Medikamenter: Obs. Står pasienten på Plavix må de ha med resept fra UUS for å få refusjon	
Når pasienten er godkjent gi beskjed til avdelingen at følgende papirer skal følge pasienten.	Epikrise med medisinsoversikt, kopi av medisinkurve samt utskrift av lab-svar.

²⁶ Kr. 133 fra 2012

²⁷ Dette er nå endret til 100 % ved at 50 % ergoterapeutstilling er endret til fysioterapeutstilling

6 Respons 1 fra bydel på mottatt melding om innlagt pasient – hjelpeskjema

(Bydelen foretar telefonsamtale til sykehus innen 24 timer etter de har mottatt ”Melding om innlagt pasient”)

Opplysninger om kontaktperson		
Bydel/klinikk/avdeling	Navn/stilling	
Tjenestested/Post/seksjon	Telefon	Faks
Opplysninger om pasienten		
Navn/		
Opplysninger fra bydel til sykehus		
<ul style="list-style-type: none"> Dagens kommunale tjenester til pasienten Utvikling av pasientens funksjonsnivå og helse før innleggelsen Spesielle forhold som er viktige for å sikre et godt pasientforløp 		
Kontaktperson og - informasjon i bydelen for sykehuset		
Opplysninger fra sykehus til bydel		
<ul style="list-style-type: none"> Innleggelsesårsak/omstendigheter ved innleggelse Foreløpig behandling og reaksjoner Forventet forløp Er antatt utskrivningsklar dato aktuell? Aktuell pasient for intermediære enheter? Boforhold? Er pasient og pårørende informert om behandlingsforløpet Hva ønsker pasienten? Er fastlegen orientert om innleggelsen? 		
Avtaler og avklaringer		
<ul style="list-style-type: none"> Avklare behov for skriftlige rapporter ved utskrivelse Avklare behov for vurderingsbesøk Avtale tidspunkt for nettverksmøte ved behov Avklare behov for hjelpemidler og behandlingsutstyr ved utskrivelse Avklare behov for nok medisiner til neste virkedag og nødvendige resepter ved utskrivelse Bydelen informerer fastlegen om innleggelse? 		
Er det antatt av bydelen kan motta pasienten på antatt utskrivningsklar dato?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, fordi:	
Dato:	Klokkeslett:	Utfylt av:

