

Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus?

Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger?

Hege Mari Johnsen

Veileder

Mariann Fossum

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2012

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Jeg har i flere år arbeidet som intensivsykepleier ved Sørlandet Sykehus Arendal. Interessen for fagutvikling, teknologi og forskning gjorde at jeg høsten 2009 begynte på masterstudiet i Helse og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Det var viktig for meg at mitt masterprosjekt skulle frembringe ny innsikt/kunnskaper innenfor et felt og samtidig være et produkt andre kunne ha nytte av. Da jeg våren 2011 fikk forespørsel om å delta i et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Agder (UiA) og Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) i forbindelse med innføring av elektronisk meldingsutveksling med kommunene, tenkte jeg at dette kunne bli et spennende masterprosjekt.

Vi var opprinnelig to studenter som skulle gjennomføre prosjektet. Min medstudent måtte dessverre trekke seg før prosjektet kom i gang. Jeg valgte likevel å gjennomføre prosjektet i det omfang og med det design som var avtalt med oppdragsgiver. Å skrive alene har vært utrolig lærerikt og spennende, men samtidig krevende i forhold til arbeidsmengde, tidsforbruk og av mangel på noen å diskutere med. Jeg vil derfor takke min veileder Mariann Fossum for å ha vært en svært god støttespiller, og kommet med gode råd og konstruktiv kritikk underveis i prosessen.

Jeg vil også takke SSHF ved Torhild Gregersen for at jeg har fått delta i forarbeidet til innføringen av elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner og sykehus. Jeg håper jeg har bidratt med nyttig informasjon til det videre arbeidet. Jeg vil videre takke SSHF for økonomisk støtte til masterprosjektet, og Norsk Sykepleierforbund for økonomisk støtte til masterutdanningen.

I tillegg vil jeg takke min mann og mine to barn for deres tålmodighet, støtte og oppmuntrende ord underveis gjennom hele studiet og under arbeidet med masterprosjektet. Og sist men ikke minst må jeg takke mine kontaktpersoner, informanter og respondenter som tok seg tid til å delta i prosjektet.

Arendal, 12.05.12

Hege Mari Johnsen

Sammendrag

Introduksjon: Som del av samhandlingsreformen forberedes kommunehelsetjenesten i disse dager til innføring av elektronisk utveksling av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO meldinger) til sykehusene. En del av forberedelsene vil være å kartlegge eksisterende rutiner og retningslinjer for informasjonsutveksling i kommunehelsetjenesten.

Hensikten og problemstillingen til dette prosjektet har vært todelt: å foreta en kartlegging av arbeids- og informasjonsflyt ved informasjonsutveksling fra kommunen til sykehuset, og identifisere eventuelle viktige utfordringer ved dagens praksis.

Metode: Prosjektet har et deskriptivt og evaluerende design, hvor det er benyttet en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Det er gjennomført intervjuer, spørreundersøkelse og foretatt dokumentanalyse ved to hjemmesykepleiedistrikt og to institusjoner i to kommuner i Sør Norge. Teoretisk rammeverk for kartlegging og analyse har vært Steven Alter sitt 'Work System Framework'.

Resultat: Det eksisterer både formelle og uformelle rutiner for informasjonsutveksling. Manglende funksjonalitet og tilgang på teknologi medvirker til at informasjonsutveksling foregår muntlig og i papirformat. Struktur og innhold varierer i både elektroniske og håndskrevne overflyttingsrapporter.

Diskusjon: Arbeidsflyt og informasjonsflyt ved informasjonsutveksling vil avhenge av tjenesteyteres individuelle ressurser, motivasjon og engasjement, organisatorisk tilrettelegging og tilgang på informasjon og teknologi.

Søkeord: samhandling, informasjonsformidling, interorganisatorisk kontinuitet, sykehusinnleggelse, hjemmesykepleie, sykehjem

Abstract

Introduction: As part of the Norwegian Coordination Reform, preparations are being made in Norwegian municipalities for the employment of electronic exchange of care messages to hospitals. Preparations include assessment of activities and processes involved in today's information exchange.

The purpose and goal of this paper is to make a description of activities and processes involved in information exchange from municipal health services to hospitals, and to identify important challenges in current workflow and flow of information.

Method: This project has a descriptive and evaluative design, and is a mixed method study. The assessment includes interviews, questionnaire and document analysis, in two home care districts and two nursing home facilities in two municipalities in the south of Norway. 'The Work System Framework' by Steven Alter has been used as a tool for the assessment of today's information exchange.

Results: Current information exchange is both formal and informal. Inadequate technology and functionality are contributing factors to the use of verbal and paper-based information exchange. Paper based admission reports are both electronic and handwritten, and varies in structure and content.

Discussion: Activities and processes involved in information exchange will depend on the participant's skills, motivation and engagement, organizational aspects, information and technology.

Keywords: continuity of care, interdisciplinary communication, hospital admission, care transitions, home care services, nursing home

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Avgrensninger og begrepsavklaring	4
1.3 Oppbygging av oppgaven	7
2.0 PROBLEMANALYSE OG EMPIRISK BAKGRUNN	8
2.1 Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset.....	8
2.1.1 Juridiske og faglige krav til helsehjelp og samhandling.....	9
2.1.2 Interorganisatorisk kontinuitet	10
2.1.3 Mangel på kontinuitet som følge av mangelfull samhandling	12
2.2 Individuelle aspekt.....	14
2.3 Organisatoriske aspekt	16
2.3.1 Formelle organisatoriske aspekt	17
2.3.2 Uformelle organisatoriske aspekt	19
2.4 Teknologiske aspekt	20
2.5 Oppsummering.....	22
3.0 TEORETISK RAMMEVERK	24
3.1 'The Work System Framework'	25
3.2 System for informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus	27
3.2.1 Kundene/tjenestemottakerne.....	28
3.2.2 Produkter og tjenester	28
3.2.3 Handlinger og prosesser.....	28
3.2.4 Tjenesteyterne.....	29
3.2.5 Informasjonen	29
3.2.6 Teknologien	29
3.2.7 Kontekst/Omgivelser	30
3.2.8 Infrastruktur	30
3.2.9 Strategier	30
4.0 KARTLEGGING/ANALYSE AV DAGENS INFORMASJONSUTVEKSLING	31
4.1 Handlinger og prosesser.....	32
4.1.1 Struktur og koordinasjon.....	32
4.1.2 Behandling av informasjon.....	33
4.1.3 Kommunikasjon.....	34
4.1.4 Kontroll	35

4.2 Tjenesteyterne	36
4.3 Informasjon	37
4.4 Teknologi	37
5.0 METODE.....	39
5.1 Litteratursøk	39
5.2 Forskningsdesign og metode.....	40
5.3 Utvalg.....	41
5.4 Etske hensyn	42
5.5 Delprosjekt 1: Intervju med nøkkelinformanter	43
5.5.1 Utarbeidelse av intervjuguide	43
5.5.2 Gjennomføring av intervjuer	43
5.5.3 Behandling og analyse av data	44
5.6 Delprosjekt 2: Spørreundersøkelse	46
5.6.1 Utarbeidelse av spørreskjema	46
5.6.2 Gjennomføring av spørreundersøkelsen.....	49
5.6.3 Behandling og analyse av data	50
6.0 PRESENTASJON AV FUNN MED DISKUSJON	51
6.1 Svarprosent og fordeling av respondenter	51
6.2 Erfaring blant respondentene	52
6.3 Delproblemstilling 1: Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus?	54
6.3.1 Tidsperspektiv på informasjonsutvekslingen	54
6.3.2 Metoder/verktøy for informasjonsutveksling.....	55
6.3.3 Former for informasjonsutveksling	58
6.3.4 Struktur på utvekslet informasjon.....	61
6.3.5 Etterspørsel av informasjon fra sykehuset.....	66
6.3.6 Ansvar, sikkerhet og kontroll.....	67
6.3.7 Retningslinjer.....	70
6.3.8 Sykepleiernes kjennskap til retningslinjer, rutiner og ansvar	71
6.3.9 Oppsummering av funn.....	73
6.4 Delproblemstilling 2: Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger	76
6.4.1 Handlinger og prosesser.....	77
6.4.2 Tjenesteyterne.....	81
6.4.3 Informasjon	84

6.4.4 Teknologi	86
7.0 METODISKE VURDERINGER	90
7.1 Forskerrollen og påvirkning under undersøkelsen.....	90
7.2 Verifisering	91
7.2.1 Reliabilitet og validitet.....	91
7.2.2 Tematisering.....	91
7.2.3 Metoder og verktøy for datasamling	92
7.2.4 Utvalg.....	94
7.2.5 Bearbeiding og presentasjon av data	95
7.2.6 Generalisering/Overførbarhet.....	96
8.0 AVSLUTNING.....	97
8.1 Oppsummering og konklusjon.....	97
8.2 Anbefalinger videre	99
8.2 Evaluering av prosjektarbeidet.....	100
8.2.1 utfordringer underveis.....	100
8.2.2 Kritikkk til eget arbeid	100
REFERANSER	102
VEDLEGG 1: Svar fra NSD.....	111
VEDLEGG 2: Informasjon vedrørende deltakelse i prosjekt.....	112
VEDLEGG 3: Semistrukturert intervjuguide.....	115
VEDLEGG 4: 'Work system snapshot' for institusjon	116
VEDLEGG 5: 'Work system snapshot' for hjemmesykepleie	117
VEDLEGG 6: Informasjon om spørreundersøkelse	118
VEDLEGG 7: Spørreskjema	119
VEDLEGG 8: Pleierapport.....	122
VEDLEGG 9: Sjekkliste når pasienten innlegges på sykehus.....	124
VEDLEGG 10: Retningslinje hjemmesykepleie Y.....	125
VEDLEGG 11: Retningslinje institusjon X.....	127
VEDLEGG 12: Retningslinje institusjon Y	128
VEDLEGG 13: Resultater fra spørreundersøkelsen	129

1.0 INTRODUKSJON

Som del av det nasjonale meldingsløftet for elektronisk samhandling, forberedes kommuner i disse dager til innføringen av elektronisk samhandling med sykehusene. Blant meldingene som skal innføres er PLO meldinger ved innleggelse av pasienter i sykehus. En viktig del av forberedelsene vil være gjennomgang av allerede eksisterende rutiner og retningslinjer for informasjonsutveksling i kommunen.

Denne masteroppgaven er del av et samarbeidsprosjekt i regi av SSHF, hvor man gjennom en baselineundersøkelse søker å kartlegge dagens arbeids- og informasjonsflyt ved innleggelse av pasienter i sykehus. Baselineundersøkelsen er gjennomført ved to hjemmesykepleiedistrikt og to institusjoner på Sørlandet, og skal danne grunnlag for måling av effekter etter innføring av elektroniske PLO meldinger. Utover en ren kartlegging og beskrivelse av dagens informasjonsutveksling, har hensikten med prosjektet vært å identifisere viktige utfordringer ved dagens praksis. Som Sally Sobolewski skriver; "Studying "failures" is the source of future "successes" in improvement" (2011, s. 641). Prosjektansvarlig håper med dette arbeidet å kunne bidra med nyttig informasjon i det forberedende arbeidet, slik at både individuelle, organisatoriske og teknologiske forhold kan legges tilrette for en vellykket innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger.

Da prosjektet har et deskriptivt og evaluerende design, har problemstillingen for prosjektet vært todelt;

"Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus?"

"Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger?"

Som redskap for å gi svar på den todelte problemstillingen er Steven Alter (2006) sitt rammeverk 'Work System Framework' benyttet. Dette er et rammeverk og et problembasert analyseverktøy som kan benyttes for å kartlegge og analysere et servicesystem, bestående av; individer som utfører arbeidsprosesser ved hjelp av informasjon og teknologi, for å produsere tjenester og yte service overfor interne og eksterne kunder.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norsk helse- og omsorgstjeneste er rangert høyt internasjonalt når det gjelder kvalitet, selv om samhandling innad og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten utgjør en stor utfordring (NOU 2005:3; Samspill 2.0, 2008).

Modernisering av helsetjenesten har resultert i en helsetjeneste som kan karakteriseres som fragmentert og med mangel på kontinuitet mellom ulike helseinstitusjoner/organisasjoner og helsepersonell (Hellesø et al., 2004). En slik mangel på kontinuitet i helsetjenesten kalles "gaps", og defineres som;

Discontinuities in care that result from interruptions in communication, the lack of clear organizational and institutional roles, and rapid organizational and technological change (Hellesø et al., 2004, s. 571).

Fragmentering og konflikter innenfor helsetjenesten kan bli en trussel for pasienters sikkerhet, og kan skape en barriere i forhold til å utvikle et system for kontinuerlig pasientomsorg og behandling utover ulike organisatoriske nivåer (Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Hellesø et al., 2004).

Kontinuitet anses å være en viktig forutsetning for å sikre en trygg og kvalitetsmessig god pasientomsorg og behandling ved overflytting/utskrivning av pasienter over alle nivåer innenfor helsetjenesten (Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Haggerty et al., 2003; Hellesø et al., 2004). Overflyttings-/utskrivingsrapport har til hensikt å utveksle informasjon mellom helsepersonell innenfor sykehuset og kommunale helsetjenester. For å kunne bidra til kontinuerlige helsetjenester, er det viktig at overflyttings-/utskrivingsrapportene er fullstendige (Hellesø et al., 2004; Callen et al., 2008; Melby og Hellesø, 2010). Dersom det forekommer flere ulike måter å motta, behandle og lagre informasjon på, kan det forekomme motstridende eller tvetydig data eller mangler (Hellesø et al., 2004). Manglende samsvar i informasjon og eventuell mangelfull informasjon vil medføre at kommunikasjonen mellom helsepersonell bryter sammen, og resultere i ulike utfall for pasientene.

Kommunikasjonssvikt mellom forskjellige enheter kan medføre mangel på informasjon, unøyaktig og feil informasjon (Coleman og Boulton, 2003; Rydeman og Törnkvist, 2006; LaMantia et al., 2010), noe som kan påvirke pasientens mulighet for å motta kontinuerlig og kvalitativt god pleie og behandling (Rydeman og Törnkvist,

2006; Kripalani et al., 2007). Kommunikasjonssvikt og manglende koordinering mellom kommunale tjenester og sykehus kan i tillegg resultere i lengre sykehusopphold og flere reinnleggelser (Coleman og Boulton, 2003; Fugelsnes, 2010). Mangler i forhold til overflyttings-/utskrivingsrapporter vil ikke bare gå ut over pasientene, men vil i tillegg lede til frustrasjon blant helsepersonell (Rydeman og Törnkvist, 2006).

For å bedre informasjonsflyten og øke kvaliteten på pasientforløpet, ble det i forbindelse med den fjerde nasjonale strategien for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren for 2008-2012 (Samspill 2.0, 2008), lansert et nasjonalt løft for å få forrang i den elektroniske meldingsutvekslingen over helsenet. Meldingsløftet i kommunene (MiK) er et program underlagt det nasjonale meldingsløftet, hvor kommunen plikter å arbeide for utbredelse av elektronisk meldingsutveksling mellom kommunale helsetjenester og deres samarbeidspartnere. Formålet med MiK er: "Utbredelse av effektiv, helhetlig og fungerende informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og deres samarbeidsaktører i helsesektoren" (Helsedirektoratet, 2011, s. 6). Meldingsløftet i kommunene er en videreføring av det nasjonale samarbeidsprosjektet for elektronisk meldingsutveksling i kommunene - ELIN-k, som ble etablert i 2005 og avsluttet våren 2011 (Skarsgaard og Lyngstad, 2011).

Flere kommuner har inngått samarbeid med sykehus (Kalseth og Paulsen, 2008). Samarbeidet har bl.a. muliggjort at flere fastlegekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester kan motta elektronisk utskrivingsinformasjon som epikrise og sykepleiesammenfatning fra sykehuset via Norsk Helsenett (NHN). En rekke elektroniske meldinger er allerede blitt testet ut i utvalgte kommuner i regi av ELIN-k prosjektet (Skarsgaard og Lyngstad, 2011). Det har imidlertid ikke vært mulig for kommunale pleie- og omsorgstjenester å sende elektroniske PLO meldinger til sykehuset på samme måte.

For å videreutvikle og forbedre samhandlingen mellom SSHF og kommunene i Aust- og Vest Agder, er det etablert et Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS). Målet med samarbeidet er å sikre kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet i hele behandlingsforløpet, og å realisere LEON prinsippet (Laveste effektive omsorgsnivå) (SSHF, 2009). Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et av de

prioriterte områdene til OSS i strategiplanperioden 2009-2012. Det arbeides i disse dager med infrastruktur, for å muliggjøre overføring av elektroniske PLO meldinger fra alle aktuelle avdelinger ved SSHF til kommunen og fra de kommunale deltjenester til sykehus i løpet av 2012.

OSS skal bidra til god samhandling innenfor prioriterte tjenestemråder og identifisere viktige utviklingsområder for gode pasientforløp i grensesnittet mellom nivåene (SSHF, 2009). Et bidrag i arbeidet for bedre informasjonsutveksling er å foreta analyser av pasientforløp og kartlegge "de utfordrende pasientforløp" og behandlingslinjer. SSHF ønsker i den forbindelse å kartlegge dagens informasjons- og arbeidsflyt ved; (1) utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester, og (2) ved overflytting av pasienter fra kommunale tjenester til sykehus, før innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger. I forbindelse med masterstudie i Helse- og Sosialinformatikk, har prosjektansvarlig påtatt seg oppdraget med kartleggingen av dagens informasjons- og arbeidsflyt ved akutt overflytting/innleggelse av pasienter fra kommunale tjenester til sykehus.

1.2 Avgrensninger og begrepsavklaring

Samhandling som begrep innebærer samspill eller vekselvirkning mellom mennesker/aktører som handler i forhold til hverandre (Store Norske Leksikon, 2012, b). I denne oppgaven vil analyse av informasjonsutveksling avgrenses til å gjelde enveiskommunikasjon av informasjon til sykehuset. Kommunikasjon er; "Utvexling av menings- eller betydningsinnhold mellom individer og grupper" (Store Norske Leksikon, 2012, a). Da det er arbeidsflyt og informasjonsflyt i forbindelse med informasjonsutveksling, og ikke kommunikasjon mellom helsepersonell som er fokus i oppgaven, er det valgt å utelate redegjørelse for begreper eller teori innenfor kommunikasjon i oppgaven.

Opgaven er avgrenset til å gjelde den vertikale informasjonsutveksling mellom sykepleiere innenfor de involverte kommunale deltjenestene og sykehuset. Horisontal informasjonsutveksling mellom tjenestekontor og institusjon/hjemmesykepleie, eller mellom institusjon og hjemmesykepleie er på grunn av prosjektets omfang valgt bort.

Da akutte innleggelser av pasienter fra kommunehelsetjenesten vil representere størst utfordringer i forhold til informasjonsutveksling, er prosjektet avgrenset til å gjelde akutte innleggelser i sykehus. Det er ikke foretatt avgrensning i forhold til alders- eller pasientgrupper, da dette ikke er fokus i oppgaven.

Kartlegging av dagens informasjonsutveksling vil foregå ut fra et organisatorisk fremfor et individuelt perspektiv. Helsepersonells brukeraksept av dagens informasjonsutveksling vil kun indirekte bli omtalt i oppgaven. I denne oppgaven vil kontinuitet i forhold informasjonsutveksling ses på ut fra et tjenesteperspektiv og ikke ut fra et individuelt perspektiv. Pasientens medvirkning ved akutt innleggelse er ikke et tema i oppgaven.

Teoretisk ramme for prosjektet vil være 'The Work System Framework' (Alter, 2006), som er et statisk rammeverk for analyse og kartlegging av servicesystemer. Alter (2006) presenterer i forbindelse med 'The Work System framework' 24 prinsipper man kan benytte i analysen av hans servicesystem (Alter, 2011). For ikke å gjøre analysen/kartleggingen for kompleks vil prinsippene verken bli presentert eller benyttet i oppgaven.

Da det ikke er sykepleiedokumentasjon som er fokus i oppgaven, er det foretatt en begrensning på dette området. Det vil ikke redegjøres for de ulike elektroniske journalsystemene eller dokumentstrukturen som benyttes ved de ulike kommunene.

Prosjektansvarlig velger å gå ut fra at begreper som sykepleier og annet helsepersonell innenfor helsetjenesten er begreper som er kjent for leseren. Forkortelser i oppgaven vil bli forklart ved første gangs bruk. Begrepene nøkkelinformant og informant vil bli benyttet om hverandre. Begrepsforklaringen er begrenset til sentrale begrep innenfor informasjonsutveksling.

Arbeidsflyt: Arbeidsflyt (workflow) i forbindelse med informasjonsutveksling vil innebære de enkeltrinn eller handlinger som utgjør informasjonsutvekslingen (Alter, 2006).

Informasjonsflyt: Informasjonsflyt i forbindelse med informasjonsutveksling vil i samsvar med arbeidsflyt, innebære hvordan informasjon blir formidlet. Det er i den forbindelse valgt å ha fokus på verktøy for informasjonsutveksling og i hvilke former informasjon blir utvekslet.

EPJ/EPJ systemer: Elektronisk pasientjournal er "institusjoners samlede arkiv av pasientopplysninger" eller "det IT systemet som helsepersonell bruker når de innhenter eller produserer opplysninger i journalen til en pasient" (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010, s. 6). Det finnes ulike leverandører og dermed ulike teknologiske konstruksjoner av EPJ systemer.

Sykepleieplan/behandlingsplan: Sykepleieplan eller behandlingsplan er en strukturert og organisert oversikt over pasientens problemer og behov for helsehjelp, med tilhørende handlingsplan over tiltak og intervensjoner, inkludert evaluering av resultater og forandringer (Moen et al., 2008).

ELIN-k: ELIN-k står for Elektronisk informasjonsutveksling i pleie og omsorgstjenestene i kommunene. ELIN-k er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk sykepleierforbund (NSF) og sentrale myndigheter. Hensikten med prosjektet har vært å utarbeide ulike elektroniske meldinger for samhandling mellom helsepersonell. (Skarsgaard og Lyngstad, 2011).

KITH: KITH står for Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse og sosialsektoren. KITH har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet standarder for innholdet i den elektroniske pasientjournal. De har i tillegg utarbeidet standarder for elektronisk samhandlingsarkitektur og meldingsutveksling (Skarsgaard og Lyngstad, 2011).

NHN: NHN står for Norsk Helsenett, som er en virksomhet som skal ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT infrastruktur i helse og omsorgsektoren. NHN drifter og utvikler Helsenettet, som er et lukket nettverk for samhandling og informasjonsutveksling i helsesektoren (Skavik et al., 2011).

PLO meldinger: Standardiserte pleie og omsorgsmeldinger for informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og fastleger. I dette prosjektet er fokus PLO meldinger fra kommunen til sykehuset (Skarsgaard og Lyngstad, 2011).

Sosioteknikk perspektiv: Et holistisk perspektiv med fokus på innbyrdes samspill mellom sosiale subsystem (mennesker, oppgaver, relasjoner), tekniske subsystem (teknologi, oppgaver, arbeidsforhold) og deres sosiale og organisatoriske omgivelser (Harrison et al., 2011). Sosioteknikk systemteori utviklet seg som en retning på 1960

tallet, hvor det argumenteres for at psykologiske og sosiale aspekter må tilfredstilles av organisasjonen for å skape motivasjon og ytelse (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

1.3 Oppbygging av oppgaven

Kapittel 2 vil innledningsvis foreta en gjennomgang av begrep, juridiske bestemmelser og problemer forbundet med samhandling og informasjonsutveksling. Kapitlet tar videre for seg individuelle, organisatoriske og teknologiske aspekter av betydning for informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehuset.

Kapittel 3 tar for seg Steven Alter (2006) sitt 'Work System Framework', som er oppgavens teoretiske rammeverk. Informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester til sykehus blir relatert til valgt teoretisk rammeverk, ved å se på informasjonsutvekslingen fra et systemperspektiv.

Kapittel 4 vil presentere hovedkomponenter innenfor teoretisk rammeverk som vil legges til grunn for kartlegging og analyse av dagens informasjonsutveksling. Disse underbygges av relevant teori og forskning.

Kapittel 5 tar for seg metoder for kartlegging og analyse av dagens praksis for informasjonsutveksling. Kapitlet inneholder i tillegg en redegjørelse for valg av nøkkelinformanter og respondenter til henholdsvis intervju og spørreundersøkelse, etiske refleksjoner og en detaljert beskrivelse av oppgavens to delprosjekt.

Kapittel 6 søker gjennom presentasjon av data å gi svar på avhandlingens todelte problemstilling.

Kapittel 7 tar for seg metodiske vurderinger.

Kapittel 8 gir en oppsummering og konklusjon av funn, anbefalinger og en evaluering av eget arbeid.

2.0 PROBLEMANALYSE OG EMPIRISK BAKGRUNN

2.1 Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset

Kommunehelsetjenesten dekker befolkningens generelle og alminnelige helseproblemer, inntil det eventuelt oppstår behov for spesialisert medisinsk behandling og innleggelse i sykehus. Kommunehelsetjenesten og de spesialiserte tjenestene står derfor i følge Paulsen og Grismo (2008) i et samvirke til hverandre som kan betraktes som en tiltakskjede. Store pasientgrupper er avhengige av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede, og at behandlingsskjeden innebærer et helhetlig tilbud til pasientene (Prop. 91 L (2010-2011); NOU 2005:3; Samspill 2.0, 2008).

I den offentlige utredningen "Fra stykkevis til helt" (NOU 2005:3), definerer utvalget samhandling i helsetjenesten som; "aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen" (NOU 2005:3, pkt 1.3). I følge Paulsen og Grismo (2008) kan pasientforløpet betraktes som; "en samhandlingskjede der aktørene står i et visst ansvarsmessig og informasjonsmessig forhold til hverandre" (2008, s. 8). Den omsorgsmessige samhandlingskjeden aktiveres ved overflytting/utskrivning av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og sykehus (Paulsen og Grismo, 2008).

Den offentlige utredningen "Fra stykkevis til helt" (NOU 2005:3) viser til viktige forutsetninger for god samhandling mellom første og andrelinjetjenesten.

Utredningen trekker frem betydningen av at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn, og at tjenesteyterne innehar et tjenesteperspektiv som går utover den enkelte avdeling eller institusjon. Tjenestene må være faglig gode og trygge, og det må være likeverdighet mellom aktørene.

Flere statlige strategier og handlingsstrategier for IKT sektoren (Mer helse for hver bit (1997-2000), Si@! (2001-2003) og S@mspill (2004-2007)) har hatt fokus på å bedre samhandling innenfor kommunehelsetjenesten og mellom første og andrelinjetjenesten (Aanestad og Olaussen, 2010). For å imøtekomme dagens og fremtidens omsorgsutfordringer, ble samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) introdusert. Her blir det fremhevet at; "samhandlingstiltak skal være det enerådende utviklingsperspektivet framover" (St.meld. nr. 47 (2008-2009), pkt. 1.0).

Viktige samhandlingstiltak som presenteres er et lovregulert avtalesystem mellom kommuner og tilknyttede helseforetak (jfr pkt 1.1), og bruk av IKT for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. En viktig målsetting som presenteres er at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Det understrekes imidlertid i denne sammenheng at; ”innføring av IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring” (St.meld. nr. 47 (2008-2009), pkt. 3.4.1).

2.1.1 Juridiske og faglige krav til helsehjelp og samhandling

Sykepleiere er ut fra gjeldende lover og forskrifter forpliktet til å sikre kvaliteten av sykepleien, og på alle nivå i behandlingen garantere en sømløs helsetjeneste og behandlingsprosess (Hellesø et al., 2004; Aanestad og Olaussen, 2010).

Pasientrettighetsloven skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet (Norsk Lovdata, 2001).

Nåværende helse og omsorgssystemer stiller krav til at dokumentasjon om pasienter sikrer kontinuitet i pleie og omsorg. Dokumentasjon om pasientene skal i tillegg sørge for juridisk bevis på sykepleieprosessen, og danne grunnlag for evaluering av kvaliteten på pleien (Cheevakasemsook et al., 2006). Kapittel 8 i Helsepersonelloven (Norsk Lovdata, 1999) tar for seg helsepersonell sin dokumentasjonsplikt. I § 39 i Helsepersonelloven går det frem at; ”Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient” (Norsk Lovdata, 1999). I § 40 i Helsepersonelloven beskrives krav til journalen;

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (Norsk Lovdata, 1999).

Helsepersonellovens formål er ”å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten” (Sandvand og Vabo, 2007). I § 46 i Helsepersonelloven går det i tillegg frem at journalen skal føres elektronisk (Norsk Lovdata, 1999).

Forskrift om pasientjournal (§ 8) tar for seg hvilke relevante og nødvendige opplysninger journalen skal inneholde (Norsk Lovdata, 2000). Helsepersonell er i tillegg gjennom forskrift om pasientjournal (§9) forpliktet til å skaffe tilveie nødvendig

og relevant informasjon til helsepersonell som skal overta ansvar for videre omsorg og behandling;

Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Pasientene har imidlertid gjennom pasientrettighetsloven (Norsk Lovdata, 2001) rett til å bestemme hvem som har tilgang til informasjon og hvordan den kan brukes, og hva slags informasjon og til hvem den kan sendes.

Ved samhandling med andre virksomheter har kommunen ut fra Norm for informasjonssikkerhet ansvar for å sørge for konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet av helse- og personopplysninger. Normen har bakgrunn i gjeldende lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2010).

Utover gjeldende lover, forskrifter og normer, innebærer sykepleiere sin særegne funksjon "å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov" (Norsk sykepleierforbund, 2011). Videre går det frem at sykepleiere skal delta i "behandling og tverrfaglig samarbeid slik at pasientene får muligheter for god helse, gjenvinner sin selvstendighet eller får en verdig død". At sykepleiere skal yte omsorg og ivareta pasientens integritet, verdighet og retten til helhetlig omsorg, går i tillegg frem av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001).

2.1.2 Interorganisatorisk kontinuitet

Interorganisatorisk kontinuitet anses å være en viktig forutsetning for å sikre en trygg og kvalitetsmessig god pasientomsorg og behandling ved overflytting/utskrivning av pasienter over alle nivåer innenfor helsetjenesten (Cook et al., 2000; Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Haggerty et al., 2003).

I følge Haggerty et al. (2003) eksisterer det tre former for kontinuitet innenfor helsetjenesten; 'informal continuity', 'management continuity' og 'relational continuity'. Inndeling i liknende domener ser man i forhold til begrep som 'integrated care', som handler om kontinuitet i form av integrasjon og koordinasjon av tjenester. Domener som benyttes i forhold til 'integrated care' er 'funding', 'administrative',

'organizational', 'service delivery' og 'clinical' (Kodner og Spreeuwenberg, 2002). Fokus i denne oppgaven vil være kontinuitet i forhold til informasjon mellom helsepersonell i det kliniske domenet.

I følge en artikkel av Haggerty et al. (2003), handler kontinuitet innenfor sykepleie om informasjonsutveksling og koordinasjon av pleie og omsorg over tid. Deres litteraturstudie viste at kontinuitet handler om kommunikasjon mellom sykepleiere, hvor målet er å opprettholde en konsistent pleie og behandling av pasienten, og imøtekomme hans/hennes vekslende behov som følge av sykdom. Hellesø et al. (2004) støtter Haggerty et al. (2003) i at interorganisatorisk kontinuitet handler om kommunikasjon og koordinasjon, men tilføyer at det handler om både strukturert og ustrukturert utveksling av informasjon mellom helsearbeidere på ulike organisatoriske nivå.

Integrasjon og 'integrated care' er et mye benyttet begrep om prosessen for å bidra til at helsesystemer og helseomsorg blir mer fullstendig og helhetsorientert (Kodner og Spreeuwenberg, 2002). I følge Kodner og Spreeuwenberg er hensikten med 'integrated care' å;

enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and settings (2002, s. 3).

Når det gjelder kommunikasjon mellom helsepersonell, trekker Kodner og Spreeuwenberg (2002) frem betydningen av delt forståelse for pasienters behov, felles profesjonelt språk og kriterier, bruk av spesifikke avtaler, felles praksis og standarder, og opprettholdelsen av kontinuerlig kommunikasjon mellom personell. Kommunikasjon og tilbakemelding om pasienter er essensielt for kvalitet, og for å oppnå koordinert og helhetlig helsetjenestetilbud (Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Coleman, 2003).

'Transitional care' er et annet begrep som benyttes ved overflytting av pasienter mellom ulike nivåer innenfor helsetjenesten, og defineres som;

A set of actions designed to ensure the coordination and continuity of healthcare as patients transfer between different locations or different levels of care within the same location (Coleman og Boulton, 2003, s. 556).

Informasjonsutveksling mellom helsepersonell inngår som en viktig handling og del av prosessen. Coleman og Boulton (2003) fremhever i deres artikkel viktigheten av at mottakende helsepersonell har "current information about the patient's goals, preferences, and clinical status" (Coleman og Boulton, 2003, s. 556).

Helsearbeideres utveksling av nødvendig og korrekt informasjon til riktig tid vil bidra til at pasientene får forsvarlige helsetjenester gjennom hele forløpet (Fugelsnes, 2010). Dette støttes av Callen et al. (2008), som hevder utskrivingsrapporten mellom sykehus og kommune er det viktigste middel man har for utveksling av informasjon, og at viktigheten av en god rapport må fremheves. Overflyttingsrapport eller utskrivingsrapport har til hensikt å utveksle informasjon mellom helsepersonell innenfor sykehuset og kommunale helsetjenester, og skal således være et middel til å bidra til interorganisatorisk kontinuitet av omsorg og behandling, og skal kompensere for fragmenterte helsetjenester (Hellesø et al., 2004).

2.1.3 Mangel på kontinuitet som følge av mangelfull samhandling

I følge Cook et al. (2000) kan mangel på kontinuitet innenfor pleie- og omsorgssektoren kalles 'Gaps', som på norsk kan oversettes til kløft eller åpning (Kirkeby, 2003). I følge Cook et al. (2000) vil 'gaps' kunne forekomme i form av mangel på informasjon, ulike moment eller avbrytelser i utøvelse av helse- og omsorgstjenester. De hevder komplekse systemer vil inneholde flere 'gaps' mellom mennesker, nivåer og prosesser. Et eksempel på mangel på kontinuitet vil være mangelfull informasjonsutveksling ved overflytting av pasienter fra en enhet til en annen (Cook et al., 2000).

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, hadde som mandat å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og vurdere eventuelle endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalgets analyse viste at det er stor bredde i hvordan samhandling fungerer. Utvalgets vurdering avdekket at det innenfor enkelte områder forekom svikt i samhandlingen, og at svikten var både på individ- og systemnivå. Utvalget mente man i tillegg til et større pasientperspektiv, hadde behov for mer helhet i planleggingen av helsetjenesten. Utvalget fremhevet videre behov for en styrking av samhandlingen mellom tjenesteutøvere, ved hjelp av avtaler og effektiv informasjonsutveksling (NOU 2005:3).

At pasienters behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, på tross av mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, trekkes frem i St.meld. nr 47 (2008-2009). Det samme går frem av Nasjonal strategiplan for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013 (Samspill 2.0, 2008);

Mangelfull samhandling innad og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Særlig rammer dette grupper som har stort behov for koordinerte tjenester, kroniske syke og eldre med sammensatte lidelser” (Samspill 2.0, 2008, s. 9)

Kripalani et. al. (2007) viser at fastlegenes manglende tilgjengelighet til informasjon/epikriser ved utskrivelse fra sykehus, og inntil 4 uker etter utskrivelse, bidro til at kvaliteten på oppfølging av pasientene ble dårlig. Informasjonen som var tilgjengelig var i tillegg mangelfull i forhold til gjennomgåtte undersøkelser, resultater, medikasjon og plan for oppfølging av pasientene videre (Kripalani et al., 2007).

Hellesø et al. (2004) utførte en analyse av utskrivingsrapporter sendt fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Av 36 journaler som ble analysert var det 15 som ikke inneholdt noe form for utskrivingsrapport. Det betyr at i disse 15 tilfellene ble ingen skriftlig informasjon utvekslet om pasienten mellom sykehuset og mottakende deltjeneste i kommunen. De resterende 21 av journalene inneholdt utskrivingsrapporter som var håndskrevne med innhold ut fra predefinerte områder som; pasientidentifikasjon, avdeling, sykehus, pårørende, ansvarlig lege, livsviktige opplysninger/CAVE, medikamenter, utstyr og hjelpemidler ved utskrivning, hvorvidt pasienten er informert om utskrivning og overflytting, og bydelens kontaktperson. Overflyttingsrapporten inneholdt i tillegg en blank side hvor det var forventet at sykepleierne skrev et resymé i fritekst. Selv om utskrivingsrapportene inneholdt predefinerte områder, var ingen av de 21 utskrivingsrapportene fullstendig utfylt.

I en studie av Hellesø et al. (Hellesø et al., 2005) opplevde sykepleierne ved sykehuset at de som oftest mottok informasjon fra pasientens lege, pasientene selv eller deres pårørende, når pasienter fra hjemmesykepleien ble innlagt i sykehus (Hellesø et al., 2005). Ellers ble informasjon sendt på vanlig e post, med pårørende eller via fax. Den samme trenden har man sett etter implementering av EPJ (Hellesø et al., 2005).

En undersøkelse av Iversen et al. (2010) hvor de så på akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus, viste at det ved 18 av 26 innleggelser fulgte en sykepleierrapport med. Den informasjon som var sendt med var ofte mangelfull. Aktuell medikamentliste manglet i fire tilfeller. Undersøkelsen viste at samarbeidet mellom sykehjem og sykehus fungerte dårlig, da man ikke fant dokumentasjon på muntlig kontakt mellom institusjonene forut for innleggelsen.

Et nylig avsluttet POP (Prosjekt Optimale Pasientforløp) prosjekt i regi av SSHF, hvor man hadde fokus på flere områder innenfor legemiddelhåndtering, påviste at legemiddellister ved innleggelse av pasienter fra kommunehelsetjenesten kan mangle eller inneholde feil (Riiser, 2011).

På tross av at pasienter med komplekse akutte og kroniske pleiebehov er spesielt sårbare under overflytting til annet behandlingsnivå, synes systemet å svikte i å sørge for at essensiell informasjon blir kommunisert til mottakende helsepersonell (Coleman, 2003). Manglende samsvar i informasjon og eventuelle mangler vil medføre at kommunikasjonen mellom helsepersonell bryter sammen, og resultere i ulike utfall for pasientene. Det vil som følge av dette kunne oppstå manglende kontinuitet i helsetjenesten (Hellesø et al., 2004).

2.2 Individuelle aspekt

Helsepersonells individuelle verdier, normer og deres menneskesyn anses som viktige aspekter i forhold til å bidra til kontinuitet i helsetjenesten. Deltakerne i studien til Rydeman og Törnkvist (2006) beskrev mangel på et helhetlig syn på pasientene blant de profesjonelle involvert i overflyttings/utskrivingsprosessen. De uttrykte i tillegg at de profesjonelle sitt syn på pasientene noen ganger var objektivt, og at fokus ofte ble satt på medisinske behov.

En forskjell i kultur mellom kommune og sykehus, hvor enhetene arbeider ut fra egne verdier og normer er identifisert. De ulike enhetene kan derfor ha en egen forståelse av hva som er pasientenes behov, og dermed et eget syn på hva som er viktig informasjon i forbindelse med overflytting av pasienter (Grönroos og Perälä, 2005; Rydeman og Törnkvist, 2006; Melby og Hellesø, 2010). En av deltakerne i studien til Rydeman og Törnkvist (2006) uttrykte; ”*We get inadequate information from the*

hospital because they`re not aware of the way we work, what staff we have or what the resources are” (Rydeman og Törnkvist, 2006, s. 1303).

En undersøkelse av Kalseth og Paulsen (2008) tok for seg status for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, med bakgrunn i den Nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet (Samspill 2.0, 2008). Kommunene som deltok i undersøkelsen etterlyste tiltak for å styrke en gjensidig forståelse av hverandres rammebetingelser og arbeidssituasjon. Kommunene etterlyste ellers mer likeverdighet i relasjonen mellom kommune og sykehus. I rapporten går det frem at; ”opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom samarbeidspartnerne oppleves som et grunnleggende problem når det gjelder kultur, spilleregler og stemning i arbeidet” (Kalseth og Paulsen, 2008, s. 30).

Ulike kulturer og forståelse av hva som er pasientenes behov kan føre til frustrasjon og dilemma hos helsepersonell, og kan resultere i at helsepersonell blir skeptiske til og stiller spørsmål ved hverandres vurdering, handlinger og avgjørelser (Rydeman og Törnkvist, 2006). Tidligere erfaringer av problemer kan videre influere på helsepersonells forventninger og handlinger, både bevisst og ubevisst (Rydeman og Törnkvist, 2006).

For at en overflytting/utskrivning av pasienter mellom første og andrelinjetjeneste skal lykkes, kreves det i tillegg til godt samarbeid mellom helsepersonell, engasjement og kunnskaper (Grönroos og Perälä, 2005). I studien til Cheevakasemsook et al.(2006) uttrykte sykepleiere at de ikke var fornøyde med egne prestasjoner når det gjaldt dokumentasjon. De beskrev en følelse av usikkerhet og mangel på motivasjon når det gjaldt sykepleiedokumentasjon, og mente en av barrierene for å kunne drive effektiv dokumentasjon var mulighet for trening. Det er gjennom flere studier blitt rapportert at sykepleiedokumentasjon er ufullstendig og ofte mangler struktur (Cheevakasemsook et al., 2006; Gjevjon og Hellesø, 2010; Jefferies et al., 2010). Da sykepleiedokumentasjonen ikke er hovedfokus i mitt prosjekt, velger jeg å ikke utdype dette nærmere.

Begrensning i kunnskap og ferdigheter i bruk av IKT og elektronisk pasientjournal (EPJ) blant sykepleiere og annet personell har tidligere vært en stor utfordring (Fagerli et al., 2007; Sandvand og Vabo, 2007). Forskning viser imidlertid at helsepersonell stort sett er positive til helseinformasjonsteknologi, og at økt grad av

positive holdinger i stor grad skyldes økende erfaring i bruk av 'personal computer' (PC) (Huryk, 2010). Med introduksjon av elektroniske pasientjournaler har sykepleiere blitt mer oppmerksomme på behovet for en bedre dokumentasjon av den daglige pleie de yter til sine pasienter (Jefferies et al., 2010). Nyere forskning viser at helsepersonell viser større grad av brukeraksept i forhold til bruk av elektronisk dokumentasjon og informasjonsutveksling. Sykepleiere opplever at elektronisk dokumentasjon og elektronisk informasjonsutveksling gir nytteeffekter/fordeler som mer nøyaktighet, lesbarhet og mer fullstendig informasjon (Melby og Hellesø, 2010; Munyisia et al., 2011).

I tillegg til kunnskaper om dokumentasjon og kunnskaper/erfaring i bruk av IKT/EPJ, anses det som viktig at helsearbeidere har kunnskaper om informasjonsflyten i helsevesenet. Slik kunnskap vil kunne bidra til at helsepersonell får nødvendig og korrekt informasjon til riktig tid, og videre bidra til at pasientene får forsvarlige helsetjenester gjennom hele forløpet (Fugelsnes, 2010).

2.3 Organisatoriske aspekt

I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) er en organisasjon; "Et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål" (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 13). En organisasjon vil bestå av formelle (mål, strategi, struktur, teknologi) og uformelle (kultur, maktforhold) elementer/strukturer. Organisasjoner vil i tillegg inngå i et samspill med omgivelsene. I tillegg til å måtte ta hensyn til kunder/tjenestemottakere og offentlige reguleringer, vil eksterne aktører/interessenter ha betydning for organisasjonens ressurstilgang og oppgaveløsning. Samspillet med omgivelsene vil således påvirke organisasjonens valg av mål, strategi, struktur og organisasjonskultur/uformelle maktforhold. Organisasjonens adferd, bestående av ansattes motivasjon/ytelse, kommunikasjon og samhandling mellom første og andrelinjetjenesten, vil således formes av den konteksten organisasjonen befinner seg i (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

2.3.1 Formelle organisatoriske aspekt

Sykehus og kommunehelsetjenesten representerer to ulike typer organisasjoner innenfor helse og sosialsystemet, med forvaltningsnivåer forankret i kommunene og de statlige helseforetakene. Organisasjonene har ulike organisatoriske inndelinger, bestemmelser og lover å forholde seg til. Overføring av pasienter mellom første og andrelinjetjenesten, vil således stille krav til samordning på tvers av forvaltningsmessige og organisatoriske grenser (Paulsen og Grismo, 2008).

Strukturen innenfor kommunehelsetjenesten kan inndeles i to perspektiver; et eksternt perspektiv som klargjør hva slags organisasjon dette er, og et internt perspektiv hvor hensikten er å regulere og forutsi oppførsel fra de ansatte (Hellesø et al., 2005; Jacobsen og Thorsvik, 2007). Eksternt er kommunen en offentlig organisasjon som skal ivareta sentrale demokratiske verdier, i tillegg til sentrale rettsstatsverdier som likebehandling, forutsigbarhet og offentlighet (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Den formelle interne organisasjonen vil bestå av kommunens formelle mål (kortsiktige/langsiktige), strategier, organisasjonsstruktur og IKT (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Formelle krav fra staten om oppgaver som skal løses, vil i stor grad være styrende for kommunens generelle målsetting. Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet strategier for samhandling innenfor helsetjenesten (jfr. pkt 1.1 og 2.1), hvor målet med strategiene er å sørge for helhetlige helsetjenester av høy kvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet har som en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) presentert en ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010-2011)), som erstatning til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et lovfestet avtalesystem mellom tjenestenivåene skal bidra til et mer likeverdig partsforhold, og sikre en mer enhetlig praksis. "Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker" skal stå sentralt i tjenesteytingen (Prop. 91 L (2010-2011)).

Samtidig med å oppfylle eksterne krav i forhold til samhandling, skal kommunen drive mest mulig effektiv produksjon av varer og tjenester (Jacobsen og Thorsvik, 2007). New Public Management – relaterte reformer innebærer målstyring, hvor man skal levere bedre tjenester til en lavere kostnad (Ingstad, 2010). Faktorer som

begrensede ressurser, lav bemanning og krav til effektivitet, har imidlertid vist seg å være viktige utfordringer i forhold til å opprettholde kontinuitet innenfor helse og sosialomsorgen (Grevjon, 2009; Ingstad, 2010; Gautun og Hermansen, 2011).

I tillegg til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil helsepersonell ut fra gjeldende lover og forskrifter være forpliktet til å sikre kvaliteten av sykepleien, og på alle nivå i behandlingen garantere en sømløs helseomsorg og behandlingsprosess (jfr. pkt. 1.1). Helsepersonell er forpliktet til å dokumentere enhver form for helseomsorg og behandling og evaluering av denne, og utveksle informasjon til samarbeidende helsepersonell. I hvilken grad kommunen legger opp til at sykepleierne skal overholde gjeldene forpliktelser, vil virke inn på sykepleiernes dokumentasjon og informasjonsutveksling.

Organisasjonsstruktur innenfor kommunehelsetjenesten vil i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) vise til vedtatt arbeids- og ansvarsfordeling, og systemer for styring, koordinering og kontroll av arbeidet som utføres i organisasjonen. Når det gjelder ansvarsområder, er de fleste virksomheter organisert rundt funksjonelle områder. Dette sikrer fokus på arbeidet, og fremmer profesjonalitet og ekspertise (Alter, 2002; Jacobsen og Thorsvik, 2007). En desentralisering innenfor helseomsorgen har medført en flatere organisasjonsstruktur, hvor utforming av tjenestene i større grad er blitt overlatt til de som leverer tjenestene. Målet med en slik myndiggjøring av de ansatte har vært å bidra til bedre arbeidssituasjon og økt motivasjon hos de ansatte (Ingstad, 2010). Ingstad (2010) henviser til forskning som imidlertid hevder at myndiggjøring i forhold til ansvar for innhold i og kvaliteten på tjenestene, uten samtidig å gi myndighet over arbeidsmengde og ressurser, kan medføre at helsepersonell ikke makter å etterleve egne krav til kvalitet på tjenestene (Ingstad, 2010).

En ulempe med funksjonsfordeling av oppgaver kan i tillegg være at man blir for fokusert på egne oppgaver. Det kan virke uklart hvem som har ansvar for ulike oppgaver dersom flere funksjonelle områder krysser hverandre (Grönroos og Perälä, 2005; Jacobsen og Thorsvik, 2007). Studien til Sandvoll Vee og Hestetun (2009) viste at det forekommer forvirring og utilstrekkelig kunnskaper i forhold til fordeling av ansvar generelt, og ansvar for sikring av integriteten til sykepleiedokumentasjonen. I studien til Grönroos og Perälä (2005) ble det trukket frem vanskeligheter med å

definere hvem som var ansvarlig for planlegging og koordinering ved utskriving av eldre pasienter fra sykehus og videre oppfølging. Utskriving av pasienter blir ofte sett på som en tilleggsoppgave som ingen av helse- og sosialarbeidere anser som deres funksjonsfordelte oppgave (Grönroos og Perälä, 2005).

I følge Sandvoll Vee og Hestetun (2009) bør det foreligge formelle retningslinjer som inneholder ansvarsforhold, og retningslinjer for informasjonsutveksling ved overflytting av pasienter. Funn i studien til Sandvoll Vee og Hestetun (2009) viste at kommunen som deltok i deres prosjekt hadde etablert mer eller mindre formelle særegne avdelingsvise rutiner. Studien viste imidlertid at personalet hadde lite kjennskap til gjeldende retningslinjer, og de gav uttrykk for å være usikre på hvordan man dokumenterer i EPJ systemet.

Cheevakasemsook (2006) hevder at ledelse og organisering virker inn på sykepleiernes dokumentasjonsarbeid. Faktorer som nevnes er retningslinjer, ledelsesstil, ledelsens støtte, organisatorisk miljø og et støttesystem for å sikre kvalitativt god dokumentasjon. Leders involvering og deres rolle som fasilitatorer har vist seg å være viktig (Cheevakasemsook et al., 2006; Sandvoll Vee og Hestetun, 2009).

Cook et al. (2000) hevder at teknologi sammen med formelle retningslinjer vil kunne bidra til å forebygge mangel på kontinuitet innenfor helseomsorgen. I undersøkelsen til Kalseth og Paulsen (2008) blir et elektronisk samhandlingsverktøy mellom kommunen og sykehuset ansett som et viktig virkemiddel for bedre samhandling mellom de to nivåene. Kommunens investeringer i og prioriteringer innenfor IKT, er i hovedsak et virksomhetsansvar. Innføring av et slikt verktøy vil derfor avhenge av nasjonale midler og koordinering for å sikre fremdrift og nødvendig standardisering (Prop. 91 L (2010-2011)).

2.3.2 Uformelle organisatoriske aspekt

Uformelle elementer i en organisasjon vil innebære organisasjonskultur (verdier, etiske retningslinjer, gruppenormer, sosialt samhold eller gruppepress) og maktforhold (individ/grupper) innad i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Organisasjonskultur vil ha effekt på adferden til helsepersonell innenfor kommunehelsetjenesten, gjennom hvordan folk forholder seg til arbeidet og

hverandre (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Uformell struktur vil vise til sykepleieres respons på formell struktur og retningslinjer (Hellesø et al., 2005).

En undersøkelse av Kalseth og Paulsen (2008) viste at kommuner var representert i samarbeidsfora med helseforetak (jfr. OSS) i 15 av 24 foretaksområder.

Undersøkelsen viste at samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene som er forankret på høyt nivå, har vært en utfordring å implementere på tjenestenivå. Det er på tjenestenivå at de praktiske samarbeidsutfordringene gjerne eksisterer. En av hovedutfordringene med å skape god kommunikasjon mellom helsearbeidere, er de rammene og strukturene de arbeider innenfor (Fugelsnes, 2010; Melby og Hellesø, 2010). Rydeman og Törnkvist (2006) hevder faktorer av spesiell betydning for samarbeid og handlinger hos helsearbeidere involvert i en overflyttings-/utskrivningsprosess, er at det foreligger et formelt og kjent rammeverk (generelt og lokalt), og at individ- og organisatorisk baserte verdier er bevisste (Rydeman og Törnkvist, 2006).

De uformelle elementene i en organisasjon kan i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) både styrke og svekke effekten av de formelle elementene på de ansattes adferd. Hvordan kommunen legger opp til at helsepersonell skal kunne imøtekomme juridiske og faglige krav til dokumentasjon og informasjonsutveksling, vil således kunne virke inn på sykepleiernes individuelle og organisatoriske praksis og kultur i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling. Organisasjoner bør derfor ses på ut fra et systemperspektiv, hvor man ser helhetlig på hvilke forhold som er av betydning for hvordan organisasjoner fungerer (Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Jacobsen og Thorsvik, 2007).

2.4 Teknologiske aspekt

Implementering av EPJ og EPJ system har vært et middel for å bedre kontinuitet i helsetjenesten (Hellesø et al., 2005). Introduksjon av EPJ har hatt til hensikt å støtte struktur, klarhet og fullstendighet, gjennom økt standardisering av dokumentasjonen (Ammenwerth et al., 2003). Studier har imidlertid vist at EPJ har blitt benyttet av helsepersonell i mindre utstrekning enn forventet (Hellesø et al., 2005; Rahimi et al., 2009).

Grevjon og Hellesø (2010) undersøkte hvordan kommunale hjemmesykepleiere beskriver pleie av pasienter i EPJ, og hvor helhetlig/fullstendig deres dokumentasjon er. Studien avdekket at dokumentasjonen var ufullstendig med tanke på å systematisere dokumentasjonen og sikre helhet. Callen (2008) bekrefter at innføring av EPJ ikke nødvendigvis gir bedre kvalitet på informasjonen som blir utvekslet.

Helseinformasjonssystemer i seg selv kan ikke påvirke effektiviteten eller kvaliteten i forhold til pleie eller pasientsikkerhet (Rahimi et al., 2009). Hensiktsmessig bruk og aksept av EPJ vil således være en forutsetning for at EPJ og elektronisk informasjonsutveksling skal kunne bidra til interorganisatorisk kontinuitet. Ludwick og Doucette (2009) hevder at kvaliteten på implementeringsprosessen er like viktig som kvaliteten av systemet som blir implementert. System interagerer med arbeidsmiljøet og utfordrer virksomheten til å bygge en kollektiv forståelse av prosessene. Et helhetlig perspektiv i forhold til implementering er viktig, og vil kunne bidra til at prosesssvakheter oppdages (Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009). Ludwick og Doucette (2009) presenterer en modell, som viser at sosio-teknisk interaksjon er en viktig samordningsfaktor, som har direkte påvirkning på hvorvidt informasjons system (IS) blir vellykket eller ei.

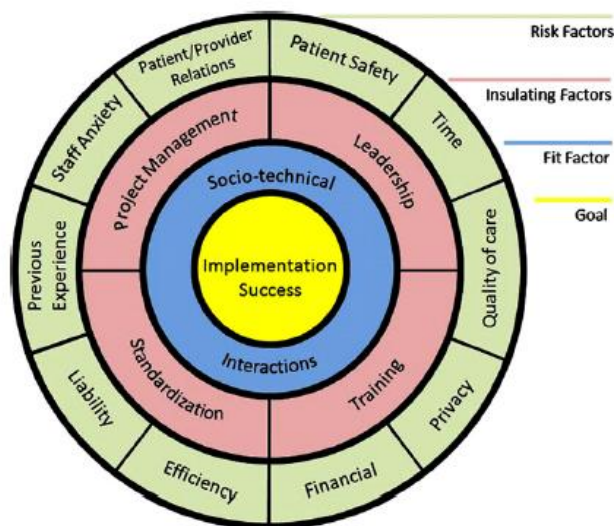


Fig. 1 – Insulating and risk factors.

Figur 1: Modell over faktorer som påvirker suksess i forhold til implementering av IS, (Ludwick og Doucette, 2009, s. 26).

Helsesystemets brukervennlighet, kunnskaper/ferdigheter innenfor informasjonsteknologi (IT) og systemets samordning med organisatorisk kultur og

prosesser vil være viktige faktorer i forhold til å lykkes med implementering av informasjonssystemer (Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009). Sosio – teknisk interaksjon handler om hvordan system interagerer med arbeidsmiljøet, og har sine røtter fra sosioteknisk systemteori (Jacobsen og Thorsvik, 2007; Aanestad og Olaussen, 2010).

Elektronisk informasjonsutveksling anses fra flere kilder som et viktig bidrag i å bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og tilknyttede sykehus (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Samspill 2.0, 2008; Hustey og Palmer, 2010). For elektronisk meldingsutveksling stilles det imidlertid bestemte krav til standardiserte løsninger og samhandlingsarkitektur (Samspill 2.0, 2008; Skarsgaard og Lyngstad, 2011; Skavik et al., 2011). Blant forberedelser som må gjøres før man innfører slik teknologi er å få på plass IT strategi, handlings- og investeringsplaner (Melby og Hellesø, 2008).

EPJ systemene i kommunehelsetjenesten og sykehus kommuniserer pr. i dag ikke gjensidig med hverandre (Hellesø et al., 2005; Aanestad og Olaussen, 2010). Dette resulterer i at ulike teknologi og verktøy benyttes av kommunehelsetjeneste og sykehus ved utveksling av informasjon om pasienter ved overflytting/utskrivning.

2.5 Oppsummering

Ved gjennomgang av litteratur i forhold til informasjonsutveksling, er det funnet en god del vitenskapelig litteratur som omhandler interorganisatorisk kontinuitet og utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Det er funnet færre artikler både nasjonalt og internasjonalt som direkte omhandler rutiner for informasjonsutveksling og utfordringer fra kommunens side.

En grundig problemanalyse har vist at informasjonsutveksling er et viktig middel for å bidra til kontinuitet av helsetjenester mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Utveksling av informasjon til sykehuset stiller imidlertid krav til helsepersonell i forhold til innfrielse av faglige og juridiske krav og normer. Hvordan organisasjonen legger opp til at helsepersonell skal kunne imøtekomme foreliggende krav, vil kunne virke inn på sykepleiernes individuelle og organisatoriske praksis og kultur i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling.

Problemanalysen viser at innføring av teknologi i seg selv ikke kan påvirke effektiviteten eller kvaliteten på informasjonsutvekslingen mellom kommunale deltjenester og sykehus. Ved innføring av elektroniske PLO meldinger bør man tilstrebe et helhetlig perspektiv hvor både individuelle, organisatoriske og teknologiske aspekter tas hensyn til.

3.0 TEORETISK RAMMEVERK

For å beskrive arbeids- og produksjonsprosesser i en organisasjon/virksomhet, benytter Steven Alter seg av begrepet 'work system'(Alter, 2002, 2006). Han definerer sitt 'work system' som et servicesystem som yter service til sine kunder;

A work system is a system in which human participants and/or machines perform work using information, technology, and other resources to produce products and/or services for internal or external customers (Alter, 2010, s. 202)

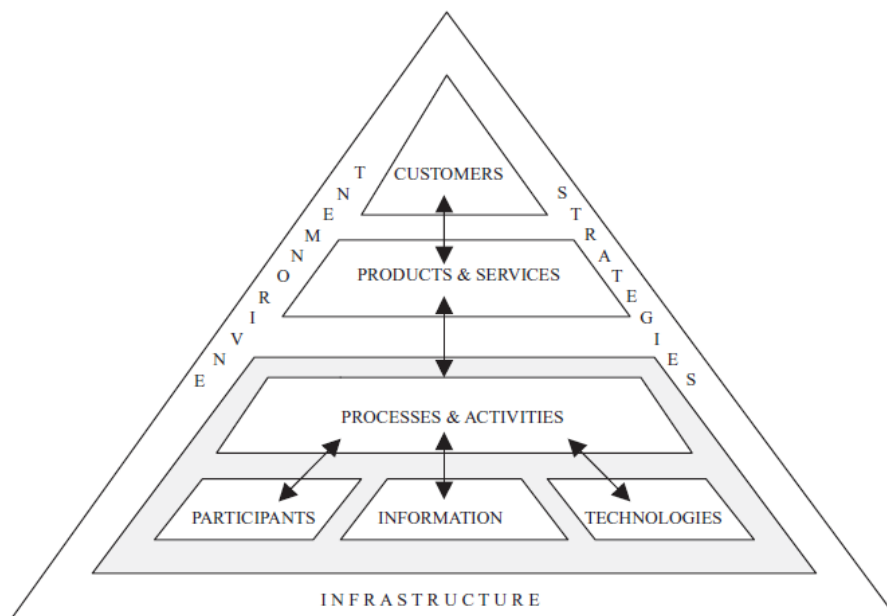
I følge Alter er et system; "a set of interacting components that operate together to accomplish a purpose" (2002, s. 8), eller "a consciously designed combination of things or parts that perform useful work" (Alter, 2010, s. 198). Alter benytter benevnelsen sub systemer som er komponenter av et system, selv om de i seg selv kan representere et system.

Alter (2002, 2010) presenterer konseptet 'Work System Framework', som et rammeverk og modell som kan benyttes for å analysere et hvert elektronisk (tool view) eller ikke elektronisk system (system view) innenfor enhver virksomhet. Modellen hans representerer et servicesystem med forskjellige komponenter; individer/deltakere som utfører arbeidsprosesser ved hjelp av informasjon og teknologi, for å produsere tjenester og yte service overfor interne og eksterne kunder. Rammeverket og modellen kan benyttes for å kartlegge et system, og identifisere eventuelle utfordringer og forbedringspotensialer. Rammeverket kan i følge Alter (Alter, 2002) benyttes på hele virksomhetens verdikjede eller på utvalgte system, hvor ansatte utfører bestemte oppgaver.

I denne oppgaven benyttes Steven Alter sitt rammeverk i forhold til kartlegging av dagens informasjonsutveksling fra kommunen til sykehus. Det vil ut fra kartleggingen i tillegg gjøres en identifisering av eventuelle utfordringer ved dagens praksis, før innføring av elektroniske PLO meldinger. Den delen av Steven Alter sin teori som anses som relevant for prosjektet blir presentert, og relatert til prosjektets problemstilling og kontekst.

3.1 'The Work System Framework'

Steven Alters rammeverk og modell består av ni komponenter (Alter, 2006). Som vi ser av modellen under, henger komponentene handlinger og prosesser (activities and processes), tjenesteytere (participants), informasjon (information) og teknologi (technology) sammen. Alter (2006, 2010, 2011) hevder at det er disse fire komponentene som representerer systemet som utfører arbeidet. Produkter og tjenester (products and services) og kunder/tjenestemottakere (customers) er med i modellen, på bakgrunn av at et hvert system eksisterer for å produsere tjenester for deres kunder/tjenestemottakere (Alter, 2006). Alter (Alter, 2006) har inkludert infrastruktur (infrastructure), kontekst/omgivelser (environment) og strategier (strategies) i modellen, på bakgrunn av at ethvert system sine operasjoner og suksess i tillegg vil avhenge av eksterne faktorer. Eksterne faktorer ligger utenfor direkte kontroll fra både ledelsen og de ansatte (Alter, 2002, 2006, 2010).



Figur 2: Alter sitt "Work system framework" (Alter, 2010, s. 203)

Forbindelsen mellom komponentene er i modellen markert med piler som går begge veier. I følge Alter må nemlig alle komponentene være i balanse med og støtte hverandre. En forandring i forhold til et komponent, krever vanligvis forandring i forhold til andre komponenter (Alter, 2002, 2010). Han hevder en sosioteknisk tilnærming (jfr. pkt. 2.4) vil bidra til mer brukerengasjement og forretnings/IT alignment (Alter, 2010).

I følge Alter (2002, 2006, 2010) vil et servicesystem stadig måtte foreta endringer i forhold til komponenter i systemet for å imøtekomme forhold i omgivelsene og kundenes behov. Det kan være behov for å innføre ny teknologi eller gjøre forandringer i forhold til ulike prosesser innenfor virksomheten. Individuer/deltakere innenfor virksomheten vil måtte skaffe seg ny kunnskap, og/eller bli mer spesialisert innenfor ulike områder.

Alter definerer sitt rammeverk (framework) som;

a brief set of ideas and assumptions for organizing a thought process about a particular type of thing or situation. It identifies topics that should be considered and shows how the topics are related (2002, s. 43).

Ved å benytte Alter sin modell og rammeverk under analyse av et system, kan man synliggjøre et servicesystem sine komponenter, se hvordan de er tilknyttet, opererer sammen (systemarkitekturen) og deres enkelt/felles prestasjoner.

Å se på organisasjoner ut fra et systemperspektiv, hvor man ser helhetlig på hvilke forhold som er av betydning for hvordan organisasjoner fungerer (Jacobsen og Thorsvik, 2007), finner man igjen i både teori og forskning. I følge H. J. Leavitt er man avhengig av et samspill/overensstemmelse (alignment) mellom systemutvikling (teknologi og oppgaver) og organisasjonsutvikling (organisasjonsstruktur/strategi og mennesker). Han hevder på lik linje med Steven Alter at forandringer i organisasjonen påvirkes av omgivelsene, fysiske rammer, organisasjonskultur, belønningssystemer og verdier, visjon og mål (Ry Nielsen og Ry, 2002). Flere studier innenfor implementering og analyse av informasjonssystemer innenfor helsetjenesten, benytter på samme måte et sosioteknisk perspektiv (Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009; Harrison et al., 2011).

Alter (2011) har benyttet sitt 'Work System Framework' i forbindelse med analyse og design av sosiotekniske systemer. Rammeverket har i tillegg vært benyttet av studenter innenfor administrasjon, ledelse og finans for analyse av en organisasjon. Det er imidlertid ikke funnet artikler hvor Steven Alter sitt 'Work System Framework' er benyttet i kartlegging og analyse av systemer innenfor helsetjenesten. Jeg vil i neste kapittel relatere rammeverket til dagens system for informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester til sykehuset.

3.2 System for informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus

Helsetjenesten i Norge kan pr. i dag anses som et servicesystem, da det ytes en eller flere tjenester til personer med behov for dette. Begreper som *bruker*, *klient* og *pasient* er erstattet med begrepet "tjenestemottaker" innenfor helsetjenesten (NOU:2004: 18, 2004). Ulike system innenfor helsetjenesten bør således kunne anses som servicesystem. I denne oppgaven vil informasjonsutvekslingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus bli sett på som et servicesystem.

Informasjonsutvekslingen vil bestå av forskjellige handlinger og prosesser.

Subprosesser er i følge Alter (2002) deler av en prosess, som i seg selv kan representere egne prosesser. Prosessen med utveksling av informasjon om pasienter mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset vil således kunne representere flere subprosesser. Arbeidsflyt og informasjonsflyt anses i oppgaven som slike subprosesser. Handlinger og subprosesser som forekommer i alle typer funksjonsområder er i følge Alter (2002) å kommunisere med andre mennesker, analysere data, å planlegge arbeidet som skal utføres og sørge for tilbakemelding til ansatte. Ved slike handlinger benyttes ofte informasjonssystemer på en eller annen måte.

Hellesø et al. (2004) hevder at pasientsikkerhet og oppnåelse av interorganisatorisk kontinuitet vil avhenge av hvorvidt sykepleiere har tilgang til informasjon om pasienter, innhold i utvekslet informasjon og sykepleiernes behandling av tilgjengelig informasjon, jfr. de fire viktigste komponentene i Alter (2006) sitt servicesystem; handlinger og prosesser, tjenesteytere, informasjon og teknologi (jfr. pkt. 3.1). Det er derfor disse komponentene som utgjør hovedfokus i denne oppgaven.

Samtlige komponenter i Alter (2006) sitt 'Work system framework' vil nå bli presentert og relatert til informasjonsutveksling. I oppgaven vil komponentene kontekst/omgivelser, infrastruktur og strategier anses som eksterne faktorer som kun indirekte vil omtales i oppgaven. Eksterne faktorer kan innebære krav fra offentlige og lokale myndigheter i forhold til samhandling (jfr. pkt. 2.3.1), tildelte ressurser, samarbeidsavtaler og hvorvidt det eksisterer eller planlegges tilknytning til infrastruktur som Norsk Helsenet (NHN).

3.2.1 Kundene/tjenestemottakerne

I følge Alter (2002, 2006, 2011) er dette menneskene som benytter eller har direkte fordeler (benefits) av tjenester eller service levert av system i organisasjonen.

Kundeforholdet kan være eksternt eller forekomme internt innad i organisasjonen. I denne oppgaven anses kommunens kunder/tjenestemottakere å være helsepersonell, pasienter og pårørende. Helsepersonell mottar informasjon om pasienter som innlegges i sykehuset, og pasientene mottar omsorg og pleie på bakgrunn av foreliggende informasjon. Pårørendes ansvar og deres opplevelse av trygghet, vil avhenge av hvordan systemet for informasjonsutveksling fungerer (Melby og Hellesø, 2010).

Offentlige myndigheter kan anses som kunder/tjenestemottakere, i forhold til at kommunen skal innfri krav til samhandling/informasjonsutveksling (jfr. pkt. 2.3.1).

3.2.2 Produkter og tjenester

Dette er i følge Alter (2002, 2006, 2011) tjenestene servicesystem i en organisasjon produserer (outputs). Disse kan være fysiske, eller innebære alle former for informasjon eller service. Servicesystemet eksisterer for å produsere disse produkter og tjenester. Produkter og tjenester vil i oppgaven handle om hvorvidt informasjonsutveksling mellom kommunale deltjenester og sykehuset bidrar til et helhetlig pasientforløp (jfr. pkt. 2.1.2). For dem som skal motta pasientene og for pasientene som skal motta behandling på sykehus, er det essensielt at sykehuset mottar tilstrekkelig og rett informasjon i rett tid (Melby og Hellesø, 2010). Det er viktig at den informasjon som mottas er av god kvalitet, ved at den er lesbar og nøyaktig (Melby og Hellesø, 2010). Dersom ikke helsepersonell på sykehuset mottar relevant og nøyaktig informasjon om pasientene som innlegges, vil dette kunne virke inn på deres evne til å gi pasientene optimal pleie og omsorg (Melby og Hellesø, 2010). Informanter i studien til Melby og Hellesø uttrykte: *"Being informed and thoroughly prepared is a prerequisite for ensuring seamless care and avoiding ad hoc solutions"* (Melby og Hellesø, 2010, s. 7)

3.2.3 Handlinger og prosesser

Dette er i følge Alter (2002, 2006, 2011) de forskjellige arbeidsprosessene eller aktiviteter/handlinger som utføres innenfor servicesystemet. I oppgaven refererer de til arbeidsflyt og informasjonsflyt i forbindelse med informasjonsutveksling. Disse

prosessene kan være klart definerte eller relativt ustrukturerte, og kan utføres forskjellig avhengig av deltakerne/ansattes ferdigheter, trening og interesse (Alter, 2006). Handlinger og prosesser anses av Alter (2006) å være det fundamentale og mest kritiske innenfor organisasjonen. Denne prosessen vil avhenge totalt av hvem som utfører arbeidet, og hva slags informasjon og teknologi som benyttes. Spesifikke normer og forventninger i forhold til spesifikke aktiviteter/handlinger innenfor servicesystemet, anses som del av dets handlinger og prosesser (Alter, 2002, 2006, 2011).

3.2.4 Tjenesteyterne

Dette er i følge Alter (2002, 2006, 2011) de individer/deltakere som utfører forskjellige oppgaver/arbeidsprosesser. Ledere kan anses som tjenesteytere i den grad deres arbeid har betydning for systemets produkter og tjenester. I oppgaven anses sykepleiere og ledere som tjenesteytere.

Noen tjenesteytere benytter personlig computer (PC) og informasjons teknologi, mens andre benytter lite eller ingen teknologi. Individene/deltakerne har forskjellig kunnskaper/erfaring og interesse/motivasjon (Alter, 2002, 2006, 2011).

3.2.5 Informasjonen

Informasjonen inkluderer i følge Alter (2006) kodet (standardisert) og ukodet (ustrukturert) informasjon benyttet og skapt av individene/deltakerne i utførelsen av sitt arbeid/oppgaver. Noe av informasjonen vil kunne være elektronisk, mens annen informasjon finnes kun i papirform eller muntlig (Alter, 2002, 2006, 2011). I oppgaven vil informasjon referere til tilgjengelige formelle eller uformelle retningslinjer, og tilgjengelige opplysninger om pasientene.

3.2.6 Teknologien

Dette er i følge Alter (2002, 2006, 2011) all hard- og software og annet utstyr som benyttes av individene/deltakerne for å gjøre sitt arbeid/oppgaver. Teknologien som finnes innfor et servicesystem er dedikert til gjeldende system, mens teknisk infrastruktur er teknologi som deles med andre system (Alter, 2002, 2006, 2011). I oppgaven vil teknologi referere til verktøy som er tilgjengelig og/eller benyttes til informasjonsutveksling med sykehuset.

3.2.7 Kontekst/Omgivelser

Dette er i følge Alter (2002, 2006, 2011) den organisatoriske, kulturelle, konkurransemessige, tekniske og regulative kontekst systemet arbeider innenfor. Faktorer i omgivelsene vil påvirke systemets prestasjoner, selv om systemet ikke er direkte avhengig av dem for å kunne utføre sine oppgaver (Alter, 2002, 2006, 2011).

3.2.8 Infrastruktur

Dette er i følge Alter (2006, 2011) dels menneskelige og tekniske ressurser organisasjonen er avhengig av, selv om disse ressursene finnes og administreres utenfor systemet og er del av andre servicesystem. Dette kan innebefatte brukerstøttepersonell, opplæring, deling av databaser, nettverk og programmeringsteknologi (Alter, 2006, 2011).

3.2.9 Strategier

Dette kan i følge Alter (2006, 2011) være strategier for det spesifikke servicesystem og for avdeling(er) og virksomhet(er) som servicesystemet er en del av. Strategier på avdelings- eller virksomhets nivå kan bidra til å forklare hvorfor systemet opererer slik det gjør, og hvorvidt det fungerer tilfredsstillende eller ei (Alter, 2006, 2011).

4.0 KARTLEGGING/ANALYSE AV DAGENS INFORMASJONSUTVEKSLING

Cook, Render og Woods (2000) hevder det ikke er til å unngå at komplekse systemer inneholder flere 'gaps' mellom mennesker, nivåer og prosesser. Dersom man ikke identifiserer 'gaps' innenfor system kan det påvirke pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at man bevisst ser etter eventuelle gaps og gjør noe med dem; "Safety is increased by understanding and reinforcing practitioners` ability to bridge gaps" (Cook et al., 2000, s. 791). Dette støttes av Sally Sobolewski (2011) som hevder; "studying "failures" is the source of future "successes" in improvement" innenfor 'transitional care'(Sobolewski, 2011, s. 641).

Som det går frem av oppgavens problemanalyse (jfr. pkt. 2.1.3) er dagens samhandling (jfr. produkter og tjenester) mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten fortsatt mangelfull, og rammer særlig grupper som har stort behov for koordinerte tjenester, kroniske syke og eldre med sammensatte lidelser (jfr.kunder/tjenestemottakere). Når det gjelder eksterne faktorer (jfr. kontekst/omgivelser og infrastruktur) vet man imidlertid at det pr. i dag foreligger samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner, og at det arbeides med tilrettelegging av infrastruktur for å muliggjøre innføring av elektroniske PLO meldinger fra kommunen til sykehus via NHN (jfr. strategier). For å analysere dagens informasjonsutveksling (work system performance) vil fokus i oppgaven derfor være de fire komponentene i Steven Alter sitt 'Work System Framework' (jfr. pkt.3.1) som utgjør systemet som utfører arbeidet i organisasjonen; Handlinger og prosesser, tjenesteytere, informasjon og teknologi.

I boken 'The Work System Method' fra 2006, introduserer Alter (2006) en rekke risikofaktorer, fallgruver og indikatorer for prestasjon (performance), som kan benyttes under analyse av et servicesystem. Når forhold av betydning for kartlegging og analyse av dagens system for informasjonsutveksling presenteres, vil det presenteres noen indikatorer og risikofaktorer, som i tillegg relateres til aktuell teori og forskning innen informasjonsutveksling.

4.1 Handlinger og prosesser

Utforskning av sykepleieres behandling/forvaltning av informasjon kan bidra til å klargjøre aspekter som bør tas hensyn til ved utvikling og implementering av informasjonssystemer for sykepleiere (Hellesø et al., 2005).

Når det gjelder vurdering av handlinger og prosesser er det ut fra Alter (2006) sin teori viktig å se på hvorvidt prosessene er effektive (efficient) og hensiktsmessige (effective). Dette vil bestemmes av en kombinasjon av hvordan informasjonsutvekslingen (handlinger og prosesser) er lagt opp, forberedelse og entusiasme fra ansatte, kvaliteten på tilgjengelig informasjon og bruken av tilgjengelig teknologi (Alter, 2002, 2006). Perspektiver for analyse av handlinger og prosesser kan i følge Alter inkludere struktur, koordinasjon, behandling av informasjon, kommunikasjon og kontroll (2002, 2006, 2010).

4.1.1 Struktur og koordinasjon

Alter (2006) hevder grad av struktur virker inn på prestasjonen til et servicesystem. Dette støttes av Sandvoll Vee og Hestetun (2009), som hevder en funksjonell organisering i avdelingene kan bidra til å tydeliggjøre ansvar og oppgaver laget til de ulike roller sykepleierne har i forhold til dokumentasjon i pasientjournalen. Uklare ansvarsforhold kan være en risikofaktor i forhold til et servicesystem sin prestasjon (Alter, 2006).

Alter hevder konsistens (consistency) er en viktig indikator for prestasjon innenfor et servicesystem (2002, 2006). Dette innebærer i følge Alter (2002); "applying the same techniques in the same way to obtain the same desired results" (2002, s. 112). I følge Sandvoll Vee og Hestetun (2009) vil struktur og rutiner være nødvendige forutsetninger for å sikre sykepleiedokumentasjonen. Behov for retningslinjer for overflytting av pasienter, støttes av Coleman og Boulton (2003), som hevder at; "Policies should be developed that promote high-quality transitional care" (2003, s. 557).

Strukturer og prosedyrer vil knytte individer innenfor organisasjonen til de organisatoriske prosesser. Organisatoriske handlinger kan således ikke reduseres til individuelle handlinger, og de organisatoriske handlinger vil være avhengig av individuell handling (jfr. pkt. 2.3). Individene handler på vegne av organisasjonen ut

fra gjeldende retningsregler og regler. For at individene skal handle ut fra disse, er det imidlertid viktig at disse er kjent (Hellesø et al., 2005).

4.1.2 Behandling av informasjon

Alter (2006) benytter i forbindelse med evaluering av et servicesystem indikatorer for prestasjon som; 'Clarity of messages', 'completeness of understanding', 'concistency' og 'error rate'. Disse indikatorer kan relateres til hvordan overflyttingsrapporter utarbeides til kvalitet og innhold i informasjonsutvekslingen.

Tradisjonelt har utskrivingsrapporter vært papirbasert og blitt skrevet for hånd, hvor det ofte er blitt rapportert om mangler eller feil (Ammenwerth et al., 2003; Schabetsberger et al., 2006; Callen et al., 2008). Utskrivingsrapportene har vært preget av oppsummeringer i fortellerstil. I forsøk på å øke kvaliteten på utskrivingsrapportene, ble mer strukturerte format introdusert (Callen et al., 2008).

I et videre forsøk på å forbedre kvaliteten, ble PC skrevne (elektroniske) utskrivingsrapporter utviklet. Videre utvikling innenfor informasjonsteknologi gjorde det mulig å integrere administrativ- og klinisk pasientinformasjon i informasjonssystemer (EPJ), som sørget for informasjon om pasientene til utskrivingsrapportene (Callen et al., 2008).

I en studie av Melby og Hellesø (2010) uttrykte flere av respondentene at overgangen fra håndskrevne til maskin(PC) skrevne resymèer gjorde teksten lettere å lese, og på denne måten i tillegg hindret potensielt farlige misforståelser. Noen av respondentene mente det var bedre kvalitet på de elektroniske enn de håndskrevne rapportene.

Callen et al. (2008) gjorde evaluering av utskrivingsrapporter sendt til allmennpraktiserende leger, hvor de sammenliknet elektronisk og håndskrevne utskrivingsrapporter. Allmenpraktiserende leger syntes å foretrekke elektroniske utskrivingsrapporter, da de ble ansett å ha en høyere kvalitet og være mer fullstendige enn papirbaserte rapporter. Callen et al. (2008) fant imidlertid ut at de elektroniske rapportene inneholdt flere feil og mangler enn de håndskrevne. Mulige årsaker som ble nevnt var utilstrekkelig trening eller opplæring, manglende bevissthet rundt viktigheten av nøyaktige og fullstendige utskrivingsrapporter, uadekvat

kyndighet i å bruke PC, uadekvat brukergrensesnitt, eller manglende integrasjon med gjeldende rutiner for arbeidsprosesser.

På tross av at man i flere år har benyttet elektroniske verktøy for informasjon og kommunikasjon innenfor helseorganisasjoner, og på tross av at de fleste helseorganisasjoner benytter elektroniske journalsystem, forekommer fortsatt bruk av papirbaserte overflyttingsrapporter og prøvesvar (Schabetsberger et al., 2006).

Nøyaktig sykepleiedokumentasjon anses å være en forutsetning for god pasientpleie og omsorg, og for effektiv og hensiktsmessig kommunikasjon og samarbeid innenfor helsetjenesten (Coleman, 2003; Jefferies et al., 2010; LaMantia et al., 2010). Som Jefferies et al. (2010) uttrykker; "Nursing documentation defines the performance of nursing practice" (2010, s. 113)

Coleman og Boulton (2003) er opptatt av å forbedre kvaliteten på 'Transitional care', og fremhever betydningen av at mottakende helsepersonell har tilgang til en journal som inneholder en oppdatert liste over pasientens behov, medikamentregime, allergier, forhåndsdirektiver (hvorvidt pasienter skal få livsforlengende behandling og hjerte/lungeredning og liknende), grunnleggende opplysninger og fysisk og kognitiv funksjon, og kontaktinformasjon i forhold til familie og helsepersonell. LaMantia et al. (2010) fremhever i sin artikkel viktigheten av medisinsk informasjon;

Accurate, appropriate medication lists and advance directives are two crucial components of medical information for care of frail older patients as they transition between healthcare settings (2010, s. 777).

Jefferies et al. (2010) fremhever viktigheten av at sykepleiedokumentasjon må være klar og konsis, for å kunne fungere som et effektivt kommunikasjonsmiddel. Fullstendige overflyttings-/utskrivingsrapporter anses å være et viktig middel for å sørge for kontinuerlige helsetjenester for pasienter (Hellesø et al., 2004; Gjevjon og Hellesø, 2010).

4.1.3 Kommunikasjon

'Absorption of messages' og 'efficiency' er indikatorer for prestasjon Alter (2006) benytter i forbindelse med vurdering av kommunikasjonen i et service system. Dette kan relateres til hvor hensiktsmessig og effektiv metoden for

informasjonsutvekslingen er og hvor raskt sykehuset mottar informasjon om pasienten.

De fleste sykehus har fått installert en sikker infrastruktur for elektronisk utveksling av informasjon til kommunehelsetjenesten. Pr. i dag sender de fleste sykehus overflyttingsrapporter elektronisk ut fra predefinerte områder. I kommunene er man imidlertid kun i startfasen med innføring av elektroniske PLO meldinger til sykehuset (jfr. pkt.1.1). Håndskrevne utskrivingsrapporter kan fortsatt forekomme (Hellesø et al., 2004).

Ulike verktøy benyttes av sykehus og kommunehelsetjeneste ved utveksling av informasjon om pasienter ved overflytting/utskrivning når EPJ systemene ikke kommuniserer med hverandre (Hellesø et al., 2005). Den mest brukte metoden for å utveksle informasjon om pasienter som innlegges i sykehus fra institusjon, har vist seg å være å sende informasjon med pasienten i en åpen eller lukket konvolutt (Hellesø et al., 2005). I studien til Hellesø et al. (2005) opplyste sykepleiere fra hjemmesykepleien at i de fleste tilfellene ble det benyttet en kombinasjon av telefon og skriftlig informasjon. Minst benyttet for informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleie og sykehus var fax og mail (Hellesø et al., 2005).

Å motta oppdatert informasjon til rett tid gjør det mulig for helsepersonell å være mer forberedt i forhold til å imøtekomme pasientens behov ved ankomst. Følelsen av forutsigbarhet og mulighet for å planlegge mottak av pasienter har vist seg å være viktig (Coleman og Boulton, 2003; Melby og Hellesø, 2010).

4.1.4 Kontroll

'Vulnerability' er en indikator for prestasjon Alter (2006) benytter når han skal evaluere et service system. Han hevder sikkerhet vil kunne handle om hvorvidt det finnes retningslinjer for å sikre nøyaktighet for informasjonen og for å unngå uautorisert tilgang til informasjon. Det kan handle om hvorvidt Norm for informasjonssikkerhet følges ved utveksling av informasjon, og hvorvidt det er etablert rutiner for håndtering av avvik (Helsedirektoratet, 2010). Alter (2006) hevder uadekvat kvalitetskontroll er en risikofaktor innenfor et servicesystem.

Cheevakasemsook (2006) hevder etterkontroll og revisjon av dokumentasjon er viktig for sikring av kvaliteten på sykepleiedokumentasjon. Det er i følge Sandvoll Vee og

Hestetun (2009) viktig å etablere et system og en praksis som ivaretar sykepleiepersonalets sine juridiske og faglige krav til dokumentasjon.

Sikkerhet oppnås gjennom interaksjon mellom komponenter innenfor et system, og avhenger ikke kun av en person, utstyr eller myndighet (Hellesø et al., 2004).

4.2 Tjenesteyterne

Indikatorer som presenteres av Alter (2002, 2006) i forbindelse med de ansattes arbeidssituasjon er; 'Skills', 'Involvement', 'Commitment' og 'Job satisfaction'. Han understreker betydningen av kunnskaper og riktig utstyr for at de ansatte skal oppleve at de gjør en god jobb; "Assuring they have the right skills and providing the right tools makes it easier for them to achieve satisfaction from doing a job well" (Alter, 2002, s. 69).

Kunnskaper og erfaring i forhold til informasjonsutveksling er viktig. Grönroos og Perälä (2005) hevder en optimal utskrivning/overflytting forbindes med kvalifisert helsepersonell som utviser profesjonelle kunnskaper, og tilstrekkelig og kvalitativt god kommunikasjon mellom helsepersonell. Det er i tillegg viktig for helsepersonell å ha generell kunnskap om informasjonsflyten i helsevesenet (Coleman og Boulton, 2003; Fugelsnes, 2010). 'Training time' fremheves i tillegg av Alter (2006) som en indikator for å kunne prestere godt.

Motivasjon og engasjement hos ledere og ansatte er i følge Alter (2006) viktig for å få dem til å prestere (jfr. pkt. 2.3.2). Stort arbeidspress kan i følge Alter (2006) virke inn på de ansattes motivasjon og prestasjoner (jfr. pkt.2.3). Dette støttes av Cheevakasemsook et al. (2006), som hevder sykepleiernes mange daglige gjøremål og oppgaver kan forhindre sykepleierne i å få dokumentert. De viser i sin artikkel til studier som hevder at ca 70 % av tiden blir benyttet til ikke - sykepleiefaglige plikter og oppgaver. Konflikt mellom uformell og formell kultur og uadekvat ledelse (jfr. pkt. 2.3) kan i følge Alter (2006) påvirke ansattes prestasjoner. Alter (2002) hevder 'Job satisfaction' er en indikator for prestasjon, og at det å tilstrebe gode arbeidsforhold for de ansatte er viktig innenfor et work system:

Providing appropriate work conditions, such as a reasonable workload, stress level, degree of autonomy, and possibilities for personal growth, encourages interest and commitment by demonstrating that the organization genuinely cares about serving the participants (2002, s. 69).

Alter (2002, 2006) sin fremheving av 'involvement' og 'commitment', kan i tillegg relateres til samarbeid om pasienters behandling, som anses som en forutsetning innenfor 'transitional care' (Coleman og Boulton, 2003).

4.3 Informasjon

Indikatorer som presenteres av Alter i forhold til informasjon er 'accuracy', 'ease of access', 'relevance' og 'precision' (2002, 2006). Dette kan handle om hvorvidt helsepersonell i kommunehelsetjenesten har tilgang (organisatorisk og teknologisk) til nødvendig informasjon om pasientene. Ukonsistent, unøyaktig og ufullstendig informasjon, vil representere en risikofaktor i forhold til informasjonskvalitet og sikkerhet (Alter, 2006). Uadekvat eller manglende tilgjengelighet av informasjon som formelle retningslinjer og rutiner (jfr. 4.1.1) for det gjeldende service system, kan i følge Alter (Alter, 2006) være en risikofaktor i forhold til prestasjonen til et system. Uadekvat deling av informasjon kan i tillegg være en risikofaktor for et servicesystem sin prestasjon (Alter, 2006).

4.4 Teknologi

For å vurdere handlinger og prosesser må man i følge Alter (2002, 2006) se på hva slags 'hard'- og 'software' som er tilgjengelig, og dets funksjonelle kapasitet, brukervennlighet, oppetid/reliabilitet og kompatibilitet/infrastruktur. 'Downtime' kan i følge Alter (Alter, 2006) forkomme pga nedetid av PC er, men kan i tillegg skyldes andre årsaker (constraints) som har å gjøre med ansatte og konteksten.

'Hardware' refererer i følge Alter (2002) til; "devices and other physical objects involved in processing information, such as computers, workstations, and data storage and transmission devices" (Alter, 2002, s. 72). Dette kan inkludere utstyr som PC, Personal Digital Assistant (PDA), faks og telefon (jfr. pkt. 4.1.3). 'Software' refererer i følge Alter (Alter, 2002) til; "the computer programs that interpret user

inputs and tell the hardware what to do" (2002, s. 72). Slik software kan innebære eksisterende EPJ system. En utskrivings-/overflyttingsrapport skal være tilgjengelig innenfor EPJ systemet. Det er imidlertid ikke alle som har EPJ system som har mulighet for å sende utskrivings-/overflyttingsrapport elektronisk til andre organisasjoner, da slik infrastruktur ikke er tilgjengelig (Hellesø et al., 2005). Teknologiske problemer er derfor ofte forbundet med manglende integrerte EPJ systemer, som tvinger helsearbeidere til å benytte andre verktøy/metoder for å utveksle pasientinformasjon.

5.0 METODE

5.1 Litteratursøk

Norske og engelske søkord er benyttet. Ord som er benyttet er; informasjonsutveksling/formidling, samhandling, overflyttingsrapport, interorganisatorisk kontinuitet, information exchange, interdisciplinary communication, report, continuity of care. Søkordene ble så kombinert med ord som; sykehjem, hjemmesykepleie, sykehusinnleggelse, hospitalization, hospital admission, care transition, home care services, nursing home. Ved bruk av søkeord og kombinasjon av disse i databaser som Medline via Ovid, kom det opp flere tusen treff i forhold til informasjonsutveksling. Det var mye litteratur å finne om informasjonsutveksling ved utskrivning fra sykehus, og mindre ved overflytting fra kommunehelsetjenesten til sykehus.

Det ble foretatt søk i BIBSYS etter relevante elektroniske tidsskrifter som; Vård i norden, Journal of the american geriatrics society, Home health care nurse, International journal of nursing studies, International journal for quality in health care, International journal of nursing practice og Journal of the american medical informatics association. Her ble det sett etter nye forskningsartikler og gjort spesifikke søk innenfor valgt tema og problemstilling. Noen spesifikke søk ble i tillegg foretatt via Google scholar.

Ved SSHF sitt intranett ble det funnet nyttig informasjon og dokumenter i forhold til samhandlingsreformen. Det er ellers benyttet pensumlitteratur, statlige meldinger, lovverk og norske forskningsrapporter. En del nyttige kilder er også funnet gjennom å studere litteraturlisten til forskningsrapporter og artikler. I tillegg har veileder bidratt med noen tips til litteratur.

Det er forsøkt å benytte mest mulig ny litteratur, det vil si helst ikke eldre enn fem til syv år. Det er benyttet både norsk og utenlandsk litteratur. Da en del skandinaviske artikler foreligger på engelsk, har det naturlig blitt en overvekt av utenlandsk litteratur.

5.2 Forskningsdesign og metode

SSHF ønsket at prosjektet skulle være en baselineundersøkelse, hvor det skulle gjøres en kartlegging av dagens informasjonsutveksling i forkant av innføringen av elektronisk meldingsutveksling. En baselineundersøkelse defineres som; "data collected before an intervention" (Polit og Beck, 2010, s. 548), hvor hensikten er å samle såkalt 'pretest data' før en intervensjon, for deretter å gjøre en 'post test' og måle eventuelle 'outcome' (Polit og Beck, 2010). For at SSHF skal kunne benytte den samme undersøkelsen for å gjøre en post test etter innføringen av elektroniske PLO meldinger, krevde dette at det ble utarbeidet et datainnsamlingsverktøy med størst mulig grad av nøyaktighet. Det var således viktig at dataene som ble samlet inn var av høy validitet, det vil si at dataene var gyldige og representerte fenomenet på en god måte (Johannessen et al., 2010). For å kvalitetssikre datainnsamlingsverktøyet, ble undersøkelsen delt i to delprosjekter. I første delprosjekt ble det foretatt intervjuer med nøkkelinformanter. Dette sikret kvalitetsdata i forhold til eksisterende informasjonsutveksling. Dataene fra intervjuene sammen med oppgavens teoretiske rammeverk, dannet deretter grunnlaget for gjennomføringen av en spørreundersøkelse i delprosjekt to. Delprosjekt to representerer hovedprosjektet i undersøkelsen. I tillegg til intervjuer og spørreundersøkelse, ble det foretatt en enkel dokumentanalyse av formelle prosedyrer/retningslinjer ved de respektive enhetene inkludert i undersøkelsen. Dokumentanalysen er kun ment å være et supplement til resultater fra undersøkelsen.

Undersøkelsen består av tre forskningsmetoder, som bygger på kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Kvalitative forskningsmetoder grunner ofte i ulike teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, innenfor antropologi, psykologi og sosiologi (Polit og Beck, 2010). Kvalitative forskningsmetoder benyttet i denne studien tilhører ikke spesifikke forskningsdisipliner, men representerer på samme måte metoder for å studere egenskaper/kvaliteter ved de fenomener som skal beskrives (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Kvantitativ forskningsmetode grunner i positivistisk/naturvitenskapelig vitenskapsfilosofi hvor man er opptatt av registrerbare data, å kartlegge omfang og forklare eventuelle sammenhenger (Polit og Beck, 2010). Kvantitativ forskningsmetode egner seg godt i forhold til å samle baselinedata, hvor man samler pretest data i forhold til variabler/indikatorer, for deretter å gjøre målinger etter en intervensjon er gjennomført (Polit og Beck, 2010). Gjennom å

kombinere kvalitativ og kvantitativ metode, vil man i følge forskningslitteratur kunne se et fenomen fra flere perspektiv (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Polit og Beck (2010) hevder kvalitative og kvantitative metoder er komplementære ved at; "They represent words and numbers, the two fundamental languages of human communication" (2010, s. 285).

Dette prosjektet går således under kategorien 'mixed method studies', hvor man integrerer kvalitative og kvantitative data (Polit og Beck, 2010). Studien har et deskriptivt design ved at aspekter ved eksisterende informasjonsutveksling dokumenteres og beskrives. Studien har i tillegg et evaluerende design ved at det foretas en analyse av dagens informasjonsutveksling, og en vurdering av eventuelle utfordringer ved eksisterende praksis (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010).

5.3 Utvalg

Baselineundersøkelsen ble gjennomført ved to deltjenester innenfor helsetjenesten i to kommuner i Sør-Norge. Utvalget av deltjenester var på forhånd valgt av SSHF. Deltjenestene som var valgt ut var institusjon (sykehjem) og hjemmesykepleie. Min oppdragsgiver hadde i tillegg valgt ut aktuelle institusjoner og hjemmesykepleiedistrikt, hvor det ble oppgitt kontaktinformasjon og en kontaktperson. Kontaktpersonene var ledere innenfor de ulike deltjenestene.

Når det gjelder utvalget av nøkkelinformanter til intervjuer (delprosjekt 1), fikk kontaktpersonen ved den enkelte deltjeneste i oppgave å finne en nøkkelinformant. Det ble imidlertid av prosjektansvarlig satt kriterier til hvem som kunne være nøkkelinformanter. Nøkkelinformantene måtte ha arbeidet innenfor enheten minst ett år, inneha minimum 50 % stilling og ha god kjennskap til dagens rutiner for informasjonsutveksling fra kommunehelsetjenesten til sykehuset ved akutt innleggelse av pasienter. Da det er sykepleiere som har det formelle ansvar for informasjonsutvekslingen ved innleggelse av pasienter i sykehus, ble det et inklusjonskriterie at informanten skulle være sykepleier. Det ble foretatt en såkalt 'purposive sampling', ved strategisk å velge ut informanter som satt med mest erfaring/kunnskaper om eksisterende informasjonsutveksling (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010).

Da det er sykepleiere som har formelt ansvar for informasjonsutvekslingen ved innleggelse av pasienter i sykehus, begrenset dette utvalget av respondenter for den videre spørreundersøkelsen (delprosjekt 2) til kun å gjelde sykepleiere. Det ble bevisst valgt å ikke sette stillingsbrøk som inklusjonskriterie ved utvalg av respondenter til spørreundersøkelsen, da det ble opplyst om at de fleste sykepleierne jobbet ekstravakter. Samtlige sykepleiere ble inkludert, enten de gikk i ulike turnus eller var faste nattevakter. I enheter som besto av interne enheter i ulike etasjer, ble samtlige etasjer inkludert. Av hensyn til sykepleierne ble det valgt å ikke inkludere ansatte som var sykmeldte.

Fordeler med at utvalget av deltjenester og kommuner på forhånd var gitt, kan være at oppdragsgiver har hatt essensielle forhåndskunnskaper om de to kommunene og deres deltjenester. En ulempe kan således være at SSHF har kunnet bestemme hvem de vil inkludere ut fra hvilke enheter de erfarer er mindre gode på informasjonsutveksling. En annen ulempe med at utvalget er gitt, kan være at man som prosjektansvarlig ikke selv kan bestemme størrelsen på utvalgte enheter, eller hvor mange enheter man ønsker å inkludere i studien.

5.4 Etske hensyn

Forskningsprosjektet er utført i samsvar med etiske retningslinjer og normer for forskning innenfor helse (Forskningsetiske kommiteer, 2011). Det ble søkt fakultetets etiske kommite` (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Da studien ikke involverte pasienter, var det ikke påkrevd søknad til Regional Etisk Komité (REK).

I samsvar med etiske retningslinjer og normer ble det innhentet informert samtykke fra informantene. I informasjonsskrivet (Vedlegg 2) ble deltakerne forsikret om at svar ville bli avpersonifisert og anonymisert, og at data ville bli makulert når prosjektet var ferdig. Deltakerne ble i tillegg informert om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet.

For å sikre konfidensialitet har identifiserbar informasjon som navn på informanter, deltjenester og kommune blitt fjernet. Kommunene blir omtalt som X og Y, og deltjenestene som Institusjon X/Y og Hjemmesykepleie X/Y. Tillatelse fra kommune

og deltjenester var innhentet av oppdragsgiver, hvorpå det ikke er vedlagt søknad eller godkjenning.

5.5 Delprosjekt 1: Intervju med nøkkelinformanter

For å få et bilde av kompleksiteten og variasjonen i informasjonsutvekslingen ved sykehjem og hjemmesykepleiedistrikt, ble det gjennomført intervjuer med en nøkkelinformant fra hver av de fire utvalgte enhetene. Ved å innhente slike kvalitetsdata, i tillegg til kunnskaper hentet fra teori og forskning, ville det bli lettere å kategorisere fenomenet og operasjonalisere variabler for et felles spørreskjema for kartlegging/analyse av dagens informasjonsutveksling.

5.5.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide med semistrukturerte spørsmål (Vedlegg 3). Det vil si at spørsmålene var åpne, men bygget på emner eller hovedområder det var ønskelig å få belyst (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Spørsmålene ble således valgt ut fra prosjektets todelte problemstilling, og representerte hovedområder med bakgrunn fra forskning og teori. Intervjuene ble innledet ved at informantene ble bedt om å beskrive hvordan informasjonsutvekslingen foregår mellom kommunen og sykehus pr. i dag når pasienter fra deres enhet innlegges akutt i sykehus. Det ble deretter stilt spørsmål som omhandlet ansvar og oppgavefordeling, hvorvidt det foreligger klare retningslinjer/prosedyrer for hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå, og om samhandling med sykehuset. For å få et innblikk i eventuelle utfordringer i forhold til dagens praksis, ble det valgt å runde av intervjuene med å stille spørsmål om hva respondentene mener er eventuelle styrker og svakheter med dagens praksis, og hva de ser på som eventuelle effekter av innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger.

5.5.2 Gjennomføring av intervjuer

Etter å ha innhentet nødvendig godkjenning fra NSD (Vedlegg 1) og FEK til å gjennomføre undersøkelsen, ble det gjort nødvendige avtaler og gjennomført intervjuer av utvalgte nøkkelinformanter på deres arbeidsplass. Informantene hadde på forhånd mottatt et informasjonsskriv med vedlagt samtykkeskjema (Vedlegg2). Informantene valgte selv tid og sted/rom for gjennomføring av intervjuet. Intervjuet startet med å samle inn underskrevet samtykkeerklæring. Det ble deretter gitt kort

informasjon om prosjektet, at intervjuet ville bli tatt opp på bånd og at intervjuet ville ta mellom ca. 15 og 30 minutter.

En felles intervjuguide (Vedlegg 3) ble benyttet konsistent for begge deltjenestene. Svarene ble imidlertid fulgt opp med eventuelle oppklarings spørsmål, eller med spørsmål ut fra underpunkter som var laget for å få svar på eller gå dypere inn i hovedområdene. Oppfølgings spørsmålene ble tilpasset ut fra hva informantene ved de to ulike deltjenestene svarte (Graneheim og Lundman, 2004).

Etter avsluttet intervju ble det innhentet kopi av foreliggende formelle retningslinjer og et eksemplar av eventuell konvolutt eller rapport (papirformat) som benyttes ved enheten.

5.5.3 Behandling og analyse av data

Intervjuene ble transkribert samme dag som de ble gjennomført. I forskningslitteratur anbefales det i kvalitative studier at man analyserer data underveis, i forhold til om nye strategier må til eller for å avgjøre om man har tilstrekkelig med data (Graneheim og Lundman, 2004; Polit og Beck, 2010). Dersom nye aspekter rundt informasjonsutveksling dukket opp under et av intervjuene, ville det være mulig å spørre neste informant i forhold til dette.

Lyddopptakene ble slettet fortløpende etter at de var transkribert. Undertegnede samtykkeskjemaer og oversikt over informantenes arbeidssted, ble overlevert veileder og låst inn i et egnet skap.

For å kunne få en oversikt over hvordan informasjonsutvekslingen foregår ved hjemmesykepleie og sykehjem, måtte det foretas en kvalitativ innholdsanalyse av dataene fra intervjuene. For å organisere dataene ble det benyttet et såkalt 'template', som er et skjema med predefinerte kategorier eller innholdsområder (Polit og Beck, 2010). Ut fra oppgavens teoretiske rammeverk ble Steven Alter sitt 'work system snapshot' (template) benyttet for å systematisere dataene (Alter, 2012). Ved bruk av et slikt skjema må man først redusere dataene til mindre meningsenheter, for deretter å kode dataene i forhold til kategoriene i skjemaet (Polit og Beck, 2010). Meningsenheter eller koder er i følge Graneheim og Lundman (Graneheim og Lundman, 2004) ord eller setninger som inneholder aspekter som kan relateres til hverandre gjennom deres innhold og kontekst. En analyse hvor man går fra det

generelle til det spesifikke, ved å plassere data/tekst innenfor satte kategorier, kalles deduktiv innholdsanalyse (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Dataene fra intervjuene ble i samsvar med avgrensning av oppgaven, kodet ut fra de fire viktigste kategoriene i 'The Work System'; handlinger og prosesser, deltakere, informasjon og teknologi (jfr. pkt. 4.0).

En separat innholdsanalyse ble først foretatt av dataene fra hjemmesykepleie og institusjon (sykehjem), hvor meningsenheter ble kodet/ klassifisert i to separate skjemaer (Vedlegg 4 og 5). Det ble deretter ut fra en sammenlikning av skjemaene, utarbeidet en felles liste over 'subkategorier' som eksplisitt (manifest) eller implisitt (latent) ble benyttet for å belyse hvordan informasjonsutvekslingen foregår pr i dag (Graneheim og Lundman, 2004). Subkategoriene og deres meningsinnhold fremgår av tabell 1.

Tabell 1: Subkategorier som fremgår av datasamlingen ved delprosjekt 1.

Subkategorier	Meningsinnhold
Tidsaspekt	Hvorvidt informasjon sendes med pasienten eller ettersendes.
Teknologi/Metode	Hva slags teknologi eller metode som benyttes til å sende informasjonen til sykehuset
Former for informasjonsutveksling	I hvilken form sendes informasjon til sykehuset? Muntlig via annet personell, via medisindosett, via diverse kopier eller håndskrevne notat?
Struktur på utvekslet informasjon	Predefinert innhold eller fritekst ved håndskrevet eller elektronisk notat?
Etterspørsel av informasjon fra sykehuset	Hvorvidt sykehuset har mottatt tilstrekkelig informasjon, eller har andre behov for informasjon.
Ansvar	Praktiseres formelt ansvar?
Kontroll/sikkerhetsrutiner	Hvorvidt man benytter sjekkliste for sendt informasjon. Hvorvidt man får kvittering for sendt informasjon.
Retningslinjer/Rutiner	Hvorvidt det benyttes formelle og/eller uformelle rutiner for informasjonsutveksling.
Sykepleiernes kunnskaper	Hvorvidt sykepleierne er kjent med gjeldende ansvar/retningslinjer/rutiner.

Kategoriene i tabellen ble deretter benyttet som indikatorer for utarbeidelse av datasamlingsinstrumentet i delprosjekt 2. Andre relevante data fra intervjuene og

sitater fra informantene, er ellers blitt benyttet til å underbygge de presenterte funn fra spørreundersøkelsen i kapittel 6.0.

5.6 Delprosjekt 2: Spørreundersøkelse

5.6.1 Utarbeidelse av spørreskjema

Da det samme datasamlingsinstrumentet skal kunne benyttes i en 'post test' etter innføring av elektroniske PLO meldinger, var det viktig å utvikle et datasamlingsverktøy som kunne gi pålitelige og nøyaktige data (Johannessen et al., 2010). For å kunne kvantifisere data, foreta statistiske målinger og sammenlikne dataene fra før og etter en intervensjon, er det i følge forskningslitteratur en fordel å benytte et strukturert datasamlingsinstrument (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Det ble derfor besluttet å benytte et prestrukturert spørreskjema (enquete), det vil si med ferdige definerte svaralternativer (verdier). Prestrukturerte spørreskjema er raskere for respondenter å fylle ut, og kan således bidra til mer effektiv datasamling og analyse (Johannessen et al., 2010). Med tanke på at masterprosjektet hadde en begrenset tidsramme og prosjektansvarlig skulle være alene med analysearbeidet, var det mest hensiktsmessig å velge en metode hvor svarene enkelt kunne registreres og analyseres. Spørreskjemaet (Vedlegg 7) har derfor kun inneholdt spørsmål (variabler) med lukkede (string) svaralternativer (verdier).

Innledningsvis i spørreskjemaet fikk respondentene presentert demografiske spørsmål (variabler), for å kunne skille mellom de ulike kommunene og deltjenestene. Det ble benyttet en fordeling ut fra fylkene Aust- og Vest Agder i spørreskjemaet for å sikre anonymisering av de ulike kommuner som deltok i prosjektet. Deltjenestene ble på samme måte inndelt i hjemmesykepleie og institusjon.

Spørsmål som erfaring som sykepleier ble inkludert, da ferdigheter innenfor et felt i følge teori vil avhenge av erfaring og mestring innenfor feltet (Benner, 1995). Spørsmål som erfaring fra nåværende arbeidsplass ble inkludert på bakgrunn av teori som hevder at sosial påvirkning kan virke inn på individers praksis (Jacobsen og

Thorsvik, 2007), og i forhold til behandling og forvaltning av informasjon (Venkatesh et al., 2003).

For best å få frem variasjonen i erfaring som sykepleier og ved nåværende arbeidsplass, og for å kunne beregne gjennomsnittserfaring, burde spørsmålet vært stilt åpent for deretter å kunne gruppere alder i ønskelige kategorier. Dette ble imidlertid ikke ansett som hensiktsmessig i forhold til et begrenset utvalg av respondenter. En senere inndeling i kategorier hadde i tillegg generert en del merarbeid. Det ble derfor valgt å benytte forhåndskategorier som svaralternativer. På bakgrunn av et begrenset utvalg respondenter, ble det heller ikke ansett som hensiktsmessig eller etisk forsvarlig å inkludere variabler som kjønn eller alder.

Da Steven Alter sitt 'work system framework' (jfr. pkt. 3.0) er benyttet som teoretisk ramme for prosjektet, ble de resterende spørsmålene lagt opp for å kunne kartlegge/analysere dagens informasjonsutveksling ut fra områdene; handlinger og prosesser, deltakere, informasjon og teknologi (jfr. pkt.4.0). Da det innenfor de ulike områdene har vært nødvendig med flere spørsmål (variabler) for å belyse ulike aspekt, er spørreskjemaet lagt opp i forhold til ulike indikatorer. Subkategoriene fra delprosjekt 1 er benyttet som indikatorer for samlinger av enkeltvariabler. Av praktiske og utseendemessige grunner ble imidlertid enkelte indikatorer slått sammen. Dataene fra intervjuene og empiri er operasjonalisert til aktuelle enkeltvariabler (spørsmål) under de ulike indikatorene (Johannessen et al., 2010).

Det ideelle hadde vært å spørre sykepleierne hvordan de selv foretar informasjonsutveksling. Å spørre om personlig praksis og ferdigheter kan for enkelte føles ubehagelig, hvorpå de kan nekte å svare på spørreskjemaet (Johannessen et al., 2010). Da det i tillegg forelå en risiko for at ikke alle sykepleierne selv har deltatt i informasjonsutveksling ved overflytting av pasienter, ble det besluttet å spørre hvordan informasjonsutvekslingen foregår på deres arbeidsplass. Det ble imidlertid stilt subjektive spørsmål i forhold til deres kjennskap til retningslinjer/rutiner, og eget faglige og juridiske ansvar i forbindelse med informasjonsutveksling. Det ble også stilt spørsmål i forhold til om respondentene har fått opplæring i gjeldende retningslinjer og rutiner for informasjonsutveksling.

For å kartlegge hvordan informasjonsutveksling foregår, ble sykepleierne bedt om å gradere hyppighet/forekomst av ulike forhold ved informasjonsutvekslingen. Det ble

benyttet en såkalt 'Likert skala' med fem mulige verdier; aldri, sjelden, av og til, ofte og alltid. Sykepleierne hadde da mulighet for å nyansere sitt svar, og krysse innenfor den verdien de mente passet best. Likert skalaen ble introdusert av Rensis Likert i 1932, og er en bipolar holdnings skala som kan benyttes for å måle enten positiv eller negativ holdning i forhold til diverse påstander (Johannessen et al., 2010). Valg av fem verdier ble gjort på bakgrunn av hva som anbefales gjennom litteratur (Johannessen et al., 2010). Da valgte svaralternativer syntes å fange opp flere nyanser, ble nøytrale verdier som 'vet ikke' eller 'ingen formening' utelatt i Likert skalaene (Johannessen et al., 2010). Sykepleierne ble bedt om å krysse av innenfor den ruten som samsvarte best med deres erfaring.

I spørreskjemaet ble det inkludert variabler med nominalt og ordinalt målenivå, det vil si med svaralternativer (verdier) som er henholdsvis gjensidig utelukkende/ikke-rangerbare eller som kan rangeres/graderes (Johannessen et al., 2010). Flest mulige variabler på ordinale nivå ble valgt, da disse under analysen av dataene kunne betraktes som om de var på intervallnivå med tallverdier, for å kunne gjøre statistiske gjennomsnitts analyser (Johannessen et al., 2010).

Det var mange spørsmål det kunne vært interessant å stille respondentene, men det var viktig å være selektiv og begrense seg i forhold til antall spørsmål. Det var viktig at mengde spørsmål ikke skulle forårsake bortfall av respondenter. Det kunne ha vært interessant å spørre sykepleierne i forhold til hva som virker inn på deres handlinger og aktiviteter i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling. Da dette ikke er hovedfokus for oppgaven, måtte slike forhold velges bort for ikke å påvirke validiteten av undersøkelsen.

Ulemper ved bruk av et prestrukturert spørreskjema kan være at man ikke får fanget opp informasjon utover spørsmålene. Et spørreskjema er enveiskommunikasjon hvor respondenten ikke ved direkte kommunikasjon kan spørre dersom noe er uklart. Respondenter kan unnlate å krysse av dersom de ikke finner et svar de mener er passende (Johannessen et al., 2010). For å kvalitetssikre spørreskjemaet ble det derfor foretatt en pretest. Spørreskjemaet ble vurdert av to sykepleiere fra en institusjon og to sykepleiere fra et hjemmesykepleiedistrikt som ikke selv skulle delta i undersøkelsen. Ut fra tilbakemelding fra disse ble ordlyden i et av spørsmålene

forandret. Ellers mente sykepleierne spørreskjemaet var selvinstruerende, og at svaralternativer som var oppgitt var tilstrekkelige.

5.6.2 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Da de ulike deltjenestene hadde stor geografisk spredning, hadde det vært en fordel å benyttet en såkalt 'Computer Aided Web Interviewing' (CAWI) (Johannessen et al., 2010). Spørreskjemaene kunne da formidles og samles inn ved hjelp av internett. Fordeler ved bruk av et slikt verktøy er at svarene registreres og analyseres i en database, og at dataene kan overføres videre til et statistikkprogram. Ved bruk av et slikt verktøy kan man i tillegg spare en del reisetid og arbeid.

Nettbaserte spørreundersøkelser har imidlertid vist tendens til å gi lav respons (Polit og Beck, 2010). Gjennomføring av undersøkelsen på nett forutsatte at sykepleierne hadde tilgang til e-post og benyttet denne hyppig. Da kontaktpersonene ved de ulike deltjenestene hevdet at sykepleierne på deres arbeidsplass benyttet e-post i liten eller moderat grad, ble spørreundersøkelsen gjennomført ved hjelp av spørreskjemaer som ble utdelt i en konvolutt til den enkelte sykepleier.

Etter å ha fått spørreskjemaet godkjent av FEK, ble det gjort avtaler med kontaktpersoner i forhold til dato for utdeling og innhenting av spørreskjemaene. Undersøkelsen innbefattet fire deltjenester på fire ulike steder i to kommuner. Det ville medført mye merarbeid og ekstra tidsbruk dersom det skulle informeres om prosjektet på samtlige av de respektives avdelingsmøter. Kontaktpersonen påtok seg arbeidet med å informere de ansatte om undersøkelsen på nærstående avdelingsmøte, og legge navngitte konvolutter med informasjonsskriv (Vedlegg 6) og spørreskjema i sykepleiernes posthyller. Kontaktpersonen ville henge opp tilhørende informasjonsskriv og sette innleveringskassen på spiserummet. For å stimulere sykepleierne til å delta i spørreundersøkelsen, fikk deltakere bli med i trekningen av gavekort.

Respondentene fikk to uker til å besvare og returnere deres spørreskjema. Svarene ble lagt i en kasse med fastmontert lokk, så ingen ville ha tilgang til besvarelsene. De ble bedt om å legge en lapp med navnet sitt i en forseglet eske, for å bli med på trekning av gavekort. Trekning ble foretatt ved innhenting av spørreskjemaene.

5.6.3 Behandling og analyse av data

For å systematisere dataene fra spørreundersøkelsen ble dataprogrammet SPSS benyttet. Det ble først laget en såkalt kodebok med spørsmål (variabler) og svaralternativer (verdier). Når svarene til hver enkelt respondent ble registrert ved hjelp av tallkoder, ble det dannet en oversikt (datamatrise) over hva den enkelte respondent hadde svart på samtlige spørsmål (Johannessen et al., 2010). Der spørsmål var ubesvart eller hvor det var krysset i eller mellom to ruter i spørreskjemaet, ble spørsmålet markert som ubesvart i datamatriksen. Da utvalget var forholdsvis lite og fordelt på ulike deltjenestene, ble det besluttet å ikke markere svar ut fra sentraltendens, det vil si hva de fleste andre hadde svart på samme spørsmål (Johannessen et al., 2010). Antall totale svar (N) og svar ved de ulike deltjenestene (n) vil derfor variere noe i tabellene som blir presentert.

I spørreskjemaet ble det benyttet variabler med nominalt og ordinalt målenivå, det vil si med svaralternativer (verdier) som var henholdsvis gjensidig utelukkende/ikke-rangerbare eller som kunne rangeres/graderes (Johannessen et al., 2010). I stedet for å registrere kategoriske verdier på ordinalt målenivå, ble variablenes målenivå "økt" til intervallnivå, det vil si til en skala med kontinuerlige verdier fra 1 (aldri) til 5 (alltid). Bruk av tallverdier gav kvantifiserbare data som var enklere å analysere (Polit og Beck, 2010). Bruk av tallverdier ville i tillegg være hensiktsmessig med tanke på at en senere re-test, skal kunne måle eventuelle effekter etter innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger. En fullstendig oversikt over resultater fra spørreundersøkelsen er derfor lagt ved oppgaven (Vedlegg 13).

Da dette er en deskriptiv studie med få respondenter, er det kun benyttet univariate og bivariate statistiske analyser. Det er benyttet univariate analyser som frekvens og gjennomsnitt. For å gjøre ulike sammenlikninger og få frem hvordan verdier fordeler seg på kombinasjoner av ulike variabler, er det benyttet bivariat analyse ved hjelp av krysstabeller (Johannessen et al., 2010). Deskriptive data vil presenteres som tabeller og søylediagram, som forøvrig er laget i Word eller EXCEL.

Søylediagrammene viser gjennomsnittsverdier for de ulike deltjenester og kommuner. I diagrammene med gjennomsnittsverdier består verdiene av tallverdier fra 1 til 5, og representerer de kategoriske verdiene; aldri (1), sjelden (2), av og til (3), ofte (4) og alltid (5). Variasjon i antall totale svar (N) og svar fra de ulike deltjenestene (n) går ikke frem av diagrammene, men finnes i vedlagte tabeller (Vedlegg 13).

6.0 PRESENTASJON AV FUNN MED DISKUSJON

6.1 Svarprosent og fordeling av respondenter

Oppdragsgiver hadde på forhånd valgt ut fire deltjenester til baselineundersøkelsen. (jfr. pkt. 5.3). Da informasjonsutveksling formelt var et sykepleieransvar, medførte dette en begrensning i antall deltakere i spørreundersøkelsen. Som det går frem av tabellen ble det kun delt ut 79 spørreskjemaer, hvorav 52 ble utfylt og returnert.

Tabell 2. Svarprosent ved spørreundersøkelsen

Deltjeneste og kommune	Antall utdelte skjema	Antall svar	Svarprosent (%)
Hjemmesykepleie, Kommune X	16	13	81.0 %
Hjemmesykepleie, Kommune Y	20	10	50.0 %
Institusjon, Kommune X	23	13	56.5 %
Institusjon, Kommune Y	20	16	80.0 %
Totalt:	79	52	65,8 %

Det er stor variasjon i svarprosent ved de ulike deltjenestene. Ledernes motivasjon i forhold til å delta i prosjektet og deres oppfølging, ser ut til å ha vært av betydning for svarprosenten ved de respektive deltjenestene.

Det begrensede utvalg av respondenter medfører at tolkningen av resultatene må gjøres med forsiktighet og kan ikke anses som representative for hele populasjonen av sykepleiere innenfor kommunale deltjenester (Johannessen et al., 2010). En svarprosent på 65,8 % vil likevel kunne gi et bra bilde av dagens praksis for informasjonsutveksling ved de utvalgte deltjenestene (Johannessen et al., 2010).

Skjemaene ved institusjon X var ikke formidlet ut av lederen, noe som kan ha medført at enkelte langtidssykemeldte kan ha fått et spørreskjema i hylla si. Antall skjemaer som ble delt ut var høyere enn det lederen hadde forespeilet. Da spørreskjemaene ble avhentet, ble det bekreftet at lederen ikke hadde oversikt over antall skjemaer som var delt ut.

Den lave svarprosenten ved hjemmesykepleiedistriktet i kommune Y, kan mulig forklares med at det på samme tidspunkt foregikk en medarbeiderundersøkelse og en undersøkelse fra et IKT firma. Leder var bortreist ved innsamling av skjemaene.

Når det gjelder fordeling av respondentene (N=52) i forhold til de ulike deltjenestene og kommunene, arbeider 23 av respondentene innenfor hjemmesykepleie, herav 13 (56.5 %) i kommune X og 10 (43.5 %) i kommune Y. Av de 29 respondentene som arbeider innenfor institusjon, arbeider 13 (44.8 %) i kommune X og 16 (55.2 %) i kommune Y.

6.2 Erfaring blant respondentene

I følge den såkalte "Dreyfusmodellen" vil ervervelse og utvikling av ferdigheter passere fem ferdighetsnivåer: Novice, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (Benner, 1995). I følge Patricia Benner (1995) vil erfaring være en forutsetning for ekspertise. Ut fra en slik teori bør man kunne anta at sykepleiere med kort og lang erfaring kan ha ulike ferdigheter og erfaringer i forhold til informasjonsutveksling. Som del av undersøkelsen ble det derfor foretatt en kartlegging av sykepleiernes erfaring innenfor sykepleie, og erfaring fra nåværende arbeidsplass.

De fleste respondentene innenfor både hjemmesykepleien og institusjon har arbeidet mellom 11-15 år, mens gruppene 0-5 år og 6-10 år er nest størst og omtrent like store. Innenfor institusjon var gruppen respondenter som hadde arbeidet mer enn 20 år imidlertid like stor som gruppene fra 0-5 år og 6-10 år (Vedlegg 13). Sandvand og Vabo (2007) hevder at sykepleiere som har lang praksis kan tilhøre en generasjon som ikke har vokst opp med datamaskiner og dataspråk, og dermed kan streve med å bruke IKT til dokumentasjon av sykepleie. Da det i de senere år har vært mer fokus på IKT i bachelorutdanningen for sykepleiere, kan man anta at nyutdannede sykepleiere vil ha noe større informasjonskunnskap og digital kompetanse. Moen et al. (2008) hevder imidlertid at dagens sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap og forståelse for IKT og EPJ.

Kultur vil virke inn på retningslinjer for hvordan man bør opptre i en organisasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Kultur er i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) et sosialt fenomen, et fellesskap som utvikles innenfor organisasjoner. Kultur representerer felles opplevelse, tanker og meninger (verdier, normer, virkelighetsoppfatninger) hos mennesker i en bestemt sosial sammenheng. Det kan

således eksistere positiv eller negativ kultur (jfr. pkt. 2.3.2) i forhold til hvordan sykepleie bør dokumenteres ute i våre helseinstitusjoner (Sandvand og Vabo, 2007). Sosial påvirkning blir i tillegg ansett som en viktig faktor for intensjon om bruk av informasjonsteknologi (Venkatesh et al., 2003). Med hensyn til at sosial påvirkning kan virke inn på sykepleiernes praksis i forhold til informasjonsutveksling, ble det derfor foretatt en kartlegging av hvor lang erfaring respondentene hadde fra nåværende arbeidsplass.

Tabell 3. Antall år erfaring fra nåværende arbeidsplass (N=52)

Deltjeneste	0-3 år	4-7 år	8-11 år	12-15 år	16-19 år	≥ 20 år	Total %
Hjemmesykepleie, n (%)	3 (13.0)	11 (47.8)	2 (8.7)	6 (26.1)	0 (0)	1 (4.3)	23 (100)
Institusjon, n (%)	12 (41.4)	6 (20.7)	5 (17.2)	4 (13.8)	2 (6.9)	0 (0)	29 (100)
Totalt, n (%)	15 (28.8)	17 (32.7)	7 (13.5)	10 (19.2)	2 (3.8)	1 (1.9)	52 (100)

Selv om en stor gruppe av respondentene har 0-3 års erfaring, har flertallet av respondentene lengre erfaring ved nåværende arbeidsplass. Man skulle kunne anta at respondenter med lang erfaring fra en arbeidsplass, vil ha gode forutsetninger for å kjenne til eventuelle formelle retningslinjer og rutiner for informasjonsutveksling ved arbeidsplassen. Rutiner og retningslinjer kan imidlertid forandres i løpet av sykepleiernes praksis. I følge Benner (1995) kan da selv erfarne sykepleiere og sykepleiere med lang erfaring ved samme arbeidsplass, anses som 'novicer', i forhold til erfaring med gjeldende rutiner og retningslinjer for informasjonsutveksling.

6.3 Delproblemstilling 1: Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus?

6.3.1 Tidsperspektiv på informasjonsutvekslingen

Hvorvidt kommunikasjonen med annet helsepersonell er effektiv, kan i følge Alter (2006) sin teori benyttes som en indikator for hvordan informasjonsutvekslingen foregår. Å motta oppdatert informasjon til rett tid gjør det mulig for helsepersonell å være mer forberedt i forhold til å imøtekomme pasientens behov ved ankomst (Coleman og Boulton, 2003; Melby og Hellesø, 2010)

De fleste av respondentene i undersøkelsen (N=51) svarer at de alltid (49.0 %) eller ofte (39.2 %) gir informasjon fra pasientens hjem/institusjon når pasienter blir innlagt. Det går dessverre ikke frem av spørsmålet eller svaret hvorvidt dette gjelder muntlig eller skriftlig informasjon/dokumentasjon. Informantene fra begge hjemmesykepleiedistriktene rapporterte imidlertid gjennom intervjuene at store deler av den informasjonen som gis til sykehuset, gis muntlig og via annet helsepersonell som er involvert i innleggelsen. De sender sjelden skriftlig dokumentasjon med pasienten. En av informantene fra hjemmesykepleien fremhever at telefon er en effektiv måte å utveksle informasjon på:

"Med telefon så går det mye raskere, enn om du må reise ned på kontoret for å printe ut. Så bruker du jo ekstra tid på det. Vi har jo pasienter helt opp i og helt oppi der. Da kan vi risikere å bruke ganske mye tid på det".

Ved begge sykehjemmene sendes nødvendig informasjon/dokumentasjon sammen med pasienten til sykehuset. I tillegg gis det muntlig informasjon til helsepersonell som er involvert i innleggelsen.

Ut fra svarene på spørsmålet hvor hyppig informasjon ettersendes når pasienten er overflyttet sykehuset (se tabell neste side), ser man at hjemmesykepleien (H) oppnår høyere gjennomsnittverdier enn institusjonene. Resultatene samsvarer med det som kommer frem gjennom intervjuene. En av nøkkelinformantene fra hjemmesykepleien bekrefter at de ikke alltid får sendt med dokumentasjon der og da, og sier; *"Nei, men da fakser vi det opp etterpå"*. Det som da fakses kan være medisinalliste og brukerkort på pasienten.

Tabell 4. Hvor hyppig ettersendes informasjon når pasienter er overflyttet sykehuset, fordelt på deltjeneste og kommune (N=50).

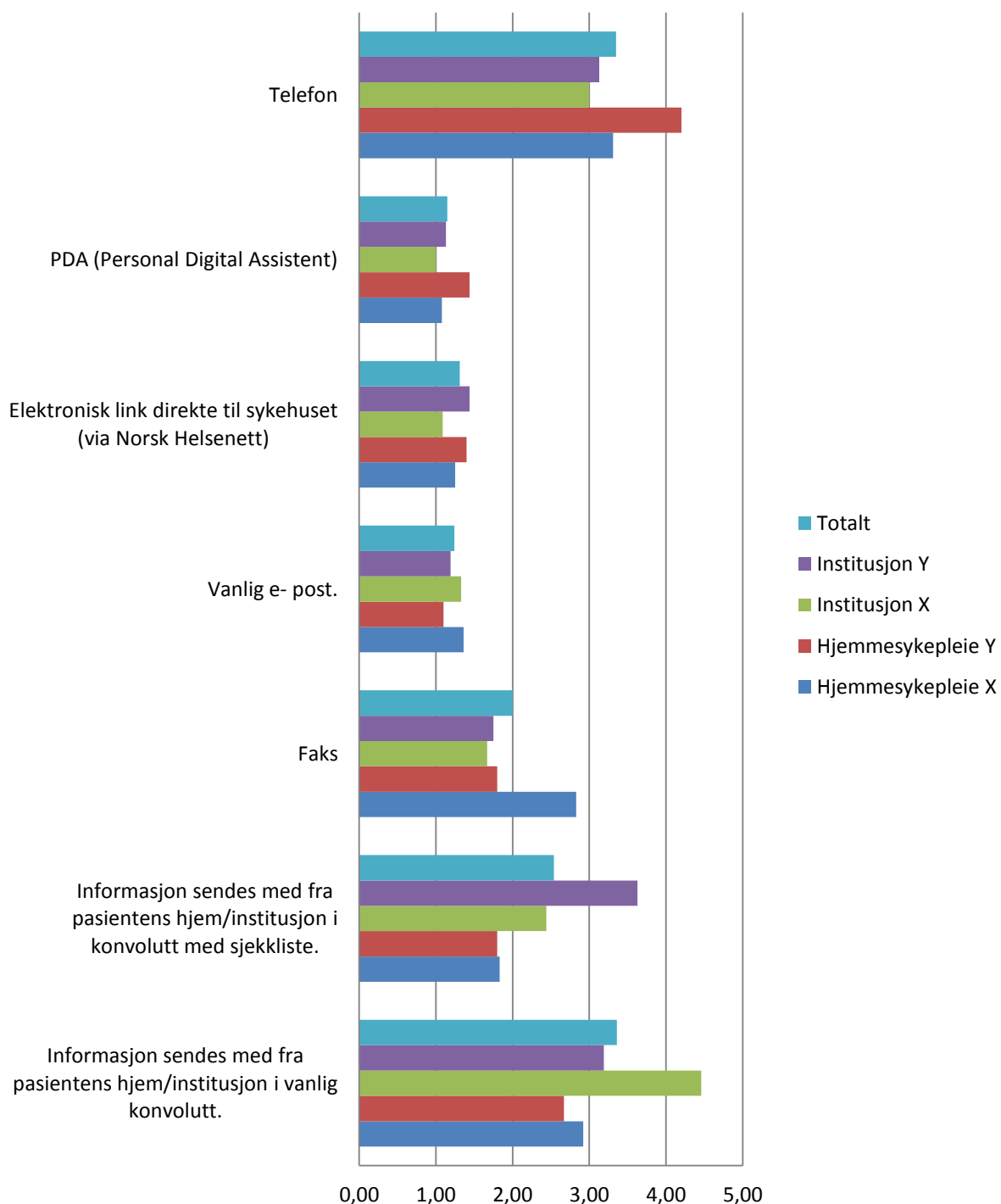
Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	0 (0)	2 (16.7)	8 (66.7)	2 (16.7)	0 (0)	12 (100)	3.0
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	0 (0)	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	0 (0)	10 (100)	2.9
Institusjon X, n (%)	3 (25.0)	4 (33.3)	2 (16.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	12 (100)	2.58
Institusjon Y, n (%)	4 (25.0)	5 (31.3)	3 (18.8)	2 (12.5)	2 (12.5)	16 (100)	2.56
Total	7 (14.0)	14 (28.0)	18 (36.0)	7 (14.0)	4 (8.0)	50 (100)	2.74

Fra institusjon ettersendes dokumentasjon på faks helst etter forespørsel fra sykehuset om ytterligere dokumentasjon. En av informantene sier; *”av og til har vi ettersendt, eventuelt noe som mangler”*.

6.3.2 Metoder/verktøy for informasjonsutveksling

Som vi ser av gjennomsnittsverdiene i diagrammet neste side, er den mest foretrukne metoden blant respondentene å sende med informasjon i en vanlig konvolutt (3.36), bruk av telefon (3.35) og bruk av konvolutt med sjekklister (2.54). Å sende informasjon med pasienten i en åpen eller lukket konvolutt har vist seg å være den mest brukte metoden for å utveksle informasjon om pasienter som innlegges i sykehus, (Hellesø et al., 2005). En informant fra institusjon bekrefter dette; *”Vi sender fortsatt en konvolutt i stedet for å gjøre det elektronisk”*.

**Hvor ofte følgende metode/verktøy benyttes for
informasjonsutveksling, fordelt på deltjeneste og kommune.
(Gjennomsnittsverdier)**



Figur 3: Gjennomsnittsverdiene for hvor ofte følgende metode/verktøy benyttes for informasjonsutveksling, fordelt på deltjeneste og kommune. Aldri=1, Sjelden=2, Av og til=3, Ofte=4 og Alltid=5.

Når det gjelder bruk av telefon, uttaler en av informantene fra hjemmesykepleien; *"frem til nå så foregår det kun pr telefon"*. Uformell kommunikasjon som telefonsamtaler bekreftes å være en fortrukket metode for informasjonsutveksling (Hellesø et al., 2005).

Teknologi som benyttes utover telefon er i følge Hellesø et al. (2005) faks og e-post. Som det går frem av søylediagrammet og pkt. 6.3.1, benyttes faks mest av respondentene ved hjemmesykepleien, spesielt ved det ene hjemmesykepleiedistriktet (H/X: 2.83). At institusjonene oppnår lavere gjennomsnittsverdier (I/X: 1.67 og I/Y: 1.75) ved dette spørsmålet, kan samsvare med at de helst fakser dokumentasjon etter forespørsel (jfr. pkt. 6.3.1). At gjennomsnittsverdien til hjemmesykepleiedistrikt Y (1.8) skiller så lite fra institusjonene kan det stilles spørsmål ved. Man skulle anta at faksing av dokumentasjon forekommer oftere dersom hjemmesykepleiedistriktet kun har gitt muntlig informasjon. Resultatet for hjemmesykepleiedistriktet samsvarer imidlertid med funn fra Hellesø et al. (2005) sin studie, som viste at faks og e-post var lite benyttet for informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleie og sykehus. Dette kan skyldes at sykehuset mottar informasjon fra pasientens lege, pasientene selv eller deres pårørende (Hellesø et al., 2005).

Chen et al. (2010) fant i sin studie ut at den mest effektive metoden for sykehuset å kommunisere med allmennleger var ved hjelp av PC skrevne utskrivingsrapporter sendt via faks og e-post. E-post og faks var signifikant mer effektivt enn via post og via pasienten. Dette forutsatte at korrekt kontaktinformasjon var tilgjengelig. E-postene ble sendt som passordbeskyttede og krypterte PDF filer, som forutsatte at mottaker hadde evne til å åpne og dekryptere meldingene. Selv om bruk av faks var den mest foretrukne metoden for informasjonsutveksling blant respondentene i deres studie, mente de at e-post i større grad ville erstatte bruk av faks i fremtiden som en sikker og rask måte å kommunisere på.

På spørsmålet hvor ofte det benyttes e-post som metode/verktøy for informasjonsutveksling, svarer de fleste respondentene (N=49) at de aldri (83.7 %) benytter vanlig e-post. Bruk av e-post ble heller ikke nevnt som verktøy for informasjonsutveksling av nøkkelinformantene. Likevel ser man at enkelte respondenter svarer av og til (2.0 %) og alltid (2.0 %) på hvor ofte e-post benyttes til

informasjonsutveksling. Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren, stiller krav til informasjonssikkerhet i forhold til elektronisk behandling og utveksling av helse- og personopplysninger (Helsedirektoratet, 2010). Hvorvidt respondentene krypterer innholdet i eventuelle e-post meldinger, eller hvordan de ellers aidentifiserer innholdet i e-postene får man imidlertid ikke svar på gjennom denne undersøkelsen.

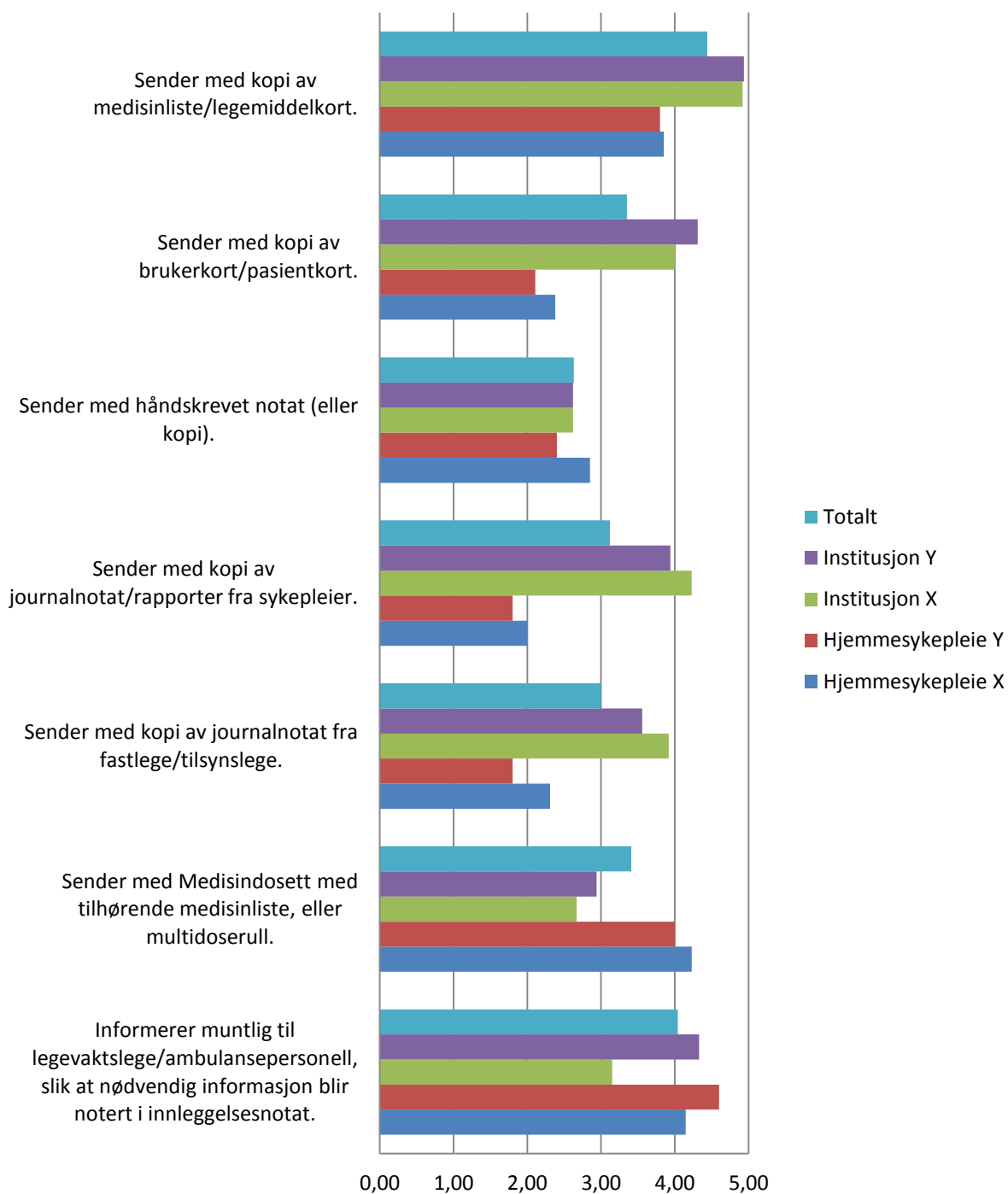
På spørsmålet hvor ofte det benyttes elektronisk link direkte til sykehuset, var det enkelte respondenter (N=49) som svarte sjelden (12.2 %), av og til (6.1 %) og ofte (2.0 %). Da kommunene pr i dag kun kan motta og ikke utveksle informasjon elektronisk via Norsk Helsenett (NHN), ser det ut som om enkelte kan ha misforstått dette spørsmålet. Informantene fra både hjemmesykepleiedistriktene og institusjonene bekrefter at de pr. i dag ikke har mulighet til å sende informasjon elektronisk via NHN til sykehuset ved innleggelser av pasienter i sykehus. De bekrefter imidlertid at de kan motta elektronisk informasjon fra sykehuset.

De fleste av respondentene (N=48) svarer at de aldri (89.6 %) benytter Personal Digital Assistent (PDA) for utveksling av informasjon til sykehuset. Kun et av hjemmesykepleiedistriktene benytter PDA til journalføring i pasientens hjem, men har i følge informant pr. i dag ikke mulighet for å sende informasjon fra denne til sykehuset.

6.3.3 Former for informasjonsutveksling

Når det gjelder i hvilke former informasjonsutveksling foregår, ser man i likhet med punkt 6.3.2 at muntlig kommunikasjon oppnår høy gjennomsnittsverdi (4.04). De fleste respondentene (N=51) svarer at de alltid (41.2 %) eller ofte (39.2 %) informerer muntlig til legevakslege/ambulanspersonell, slik at nødvendig informasjon blir notert i innleggelsesnotat. At muntlig informasjon blir mye benyttet ved utveksling av informasjon med sykehuset, bekreftes av nøkkelinformantene ved begge deltjenester. Funnene samsvarer med resultater fra en studie av Munyisia et al. (2011), som konkluderer med at sykepleiere verdsetter ansikt til ansikt kommunikasjon høyt som bidrag til en optimal tjenesteyting. Muntlig informasjonsutveksling foretrekkes av sykepleiere ved koordinering av helsehjelp (2008; Hustey og Palmer, 2010).

Hvor ofte følgende former for informasjonsutveksling foregår, fordelt på deltjeneste og kommune. (Gjennomsnittsverdier)



Figur 4: Gjennomsnittsverdiene for hvor ofte følgende former for informasjonsutveksling foregår, fordelt på deltjeneste og kommune. Aldri=1, Sjelden=2, Av og til=3, Ofte=4 og Alltid=5.

Den form for informasjonsutveksling som oppnår høyest gjennomsnittsverdi (4.44), er hvor hyppig man sender med kopi av medisinliste/legemiddelkort.

Gjennomsnittsverdien er dog noe høyere ved institusjonene (I/X: 4.92 og I/Y: 4.94) enn ved hjemmesykepleiedistriktene (H/X: 3.85 og H/Y: 3.80). Institusjonene oppnår i tillegg høyere gjennomsnittsverdier (I/X: 4.00 og I/Y: 4.31) enn hjemmesykepleiedistriktene (H/X: 2.38 og H/Y: 2.11) når det gjelder å sende med kopi av brukerkort/pasientkort. De to institusjonene skårer på samme måte høyere enn hjemmesykepleiedistriktene i forhold til å sende med kopi av journalnotat fra fastlege/tilsynslege (I/X: 3.92 og I/Y: 3.56 mot H/X: 2.31 og H/Y: 1.8) og sykepleierapporter/journalnotat (I/X: 4.23 og I/Y: 3.94 mot H/X: 2.00 og H/Y: 1.8). Man ser her en trend der institusjonene oppnår høyere skår ved spørsmål som omhandler det å sende med kopier av ulike dokumenter. Dette samsvarer med forskningsresultater som viser at institusjoner ofte sender kopier av dokumenter med pasienten til sykehuset (Hustey og Palmer, 2010). Dette skyldes trolig at det er enklere for institusjonene å sende med kopier av dokumenter. Skal sykepleierne fra hjemmesykepleien få sendt med utskrift av journalnotater eller rapporter, må de i følge informantene tilbake til kontoret. Dersom det er liten avstand til hjemmesykepleiens kontor, og de har litt tid før ambulanse ankommer, kan de i følge informantene eventuelt få noen andre til å komme med journalutskrifter til pasientens hjem.

Gjennom opplysninger fra informanter og øvrige resultater, ser det ut til at hjemmesykepleiedistriktene kompensere for manglende mulighet for å sende med journalutskrifter med bruk av andre former for informasjonsutveksling. De sender for eksempel med medisindosett med tilhørende medisinliste eller multidoserull (H/X: 4.23 og H/Y: 4.00) i større grad enn institusjonene (I/X: 2.67 og I/Y: 2.94, N=51). Der hvor institusjonene sender med informasjon om pårørende i form av kopi av brukerkort/pasientkort, ser det ut til at hjemmesykepleiedistriktene sender slik informasjon i form av faks eller et håndskrevet notat fra hjemmet.

Håndskrevne og papirbaserte journaldokumenter har vært en tradisjon innenfor dokumentasjon av sykepleie (Moen et al., 2008). Papirbaserte journalnotater kan variere med tanke på struktur og lesbarhet, og kan by på problemer som tilgjengelighet, systematikk og mulighet for gjenbruk av data (2007).

Etter innføring av EPJ er sykepleierne forpliktet gjennom helsepersonelloven til å føre journal elektronisk (Helsepersonelloven, 1999 ; Sandvand og Vabo, 2007). I følge dataene fra spørreundersøkelsen (N=52), sendes håndskrevne notat med pasienten i mindre grad (2.63) enn kopi av elektronisk journalnotat/rapport fra sykepleier (3.12). De fleste respondentene (N=52) svarer at de sjelden (32.7 %) eller av og til (30.8 %) sender med håndskrevet notat. Det er likevel respondenter innenfor institusjon (n=13) og hjemmesykepleie (n=13) i kommune X som svarer at de ofte (I/X: 23.1 % og H/X: 23.1 %) sender med håndskrevet notat. Informant ved hjemmesykepleiedistrikt X bekrefter bruken av håndskrevne notat; *"Ja, det kan hende vi sender med håndskrevet innimellom, hvis vi er hjemme hos dem og det er noe spesielt, hender det vi skriver et notat mens vi er der"*.

Bruk av håndskrevne papirbaserte rapporter (Vedlegg 8) blir bekreftet av informant ved institusjon Y; *"Hvis det går veldig fort så hender det at en ikke rekker å gå inn i ..., og da må en jo selvfølgelig skrive i tillegg"*. Det benyttes i følge informanten håndskrevne papirbaserte rapporter i tilfeller der pasienter har en stor journal, hvor man enkelt ønsker å beskrive pasientens tilstand, stell og liknende, uten *"å ta utskrift av noe og hundre journaler, hvor det blir for mye å lese"*.

Pasientens og pårørendes deltakelse i informasjonsutvekslingen er bevisst utelatt som variabel i spørreundersøkelsen, da denne form for informasjonsutveksling kan være vanskelig for respondenter å uttale seg om. Pasienten selv og deres pårørende er likevel viktige kilder til informasjon når pasienter blir innlagt i sykehuset (Hellesø et al., 2005; Rydeman og Törnkvist, 2006), både før og etter innføringen av EPJ (Hellesø et al., 2005). En årsak til dette kan være det faktum at pasienter av og til blir akutt innlagt av pårørende fra sitt hjem, uten at hjemmesykepleien har blitt tilkalt. Dette bekreftes av informantene fra hjemmesykepleiedistriktene.

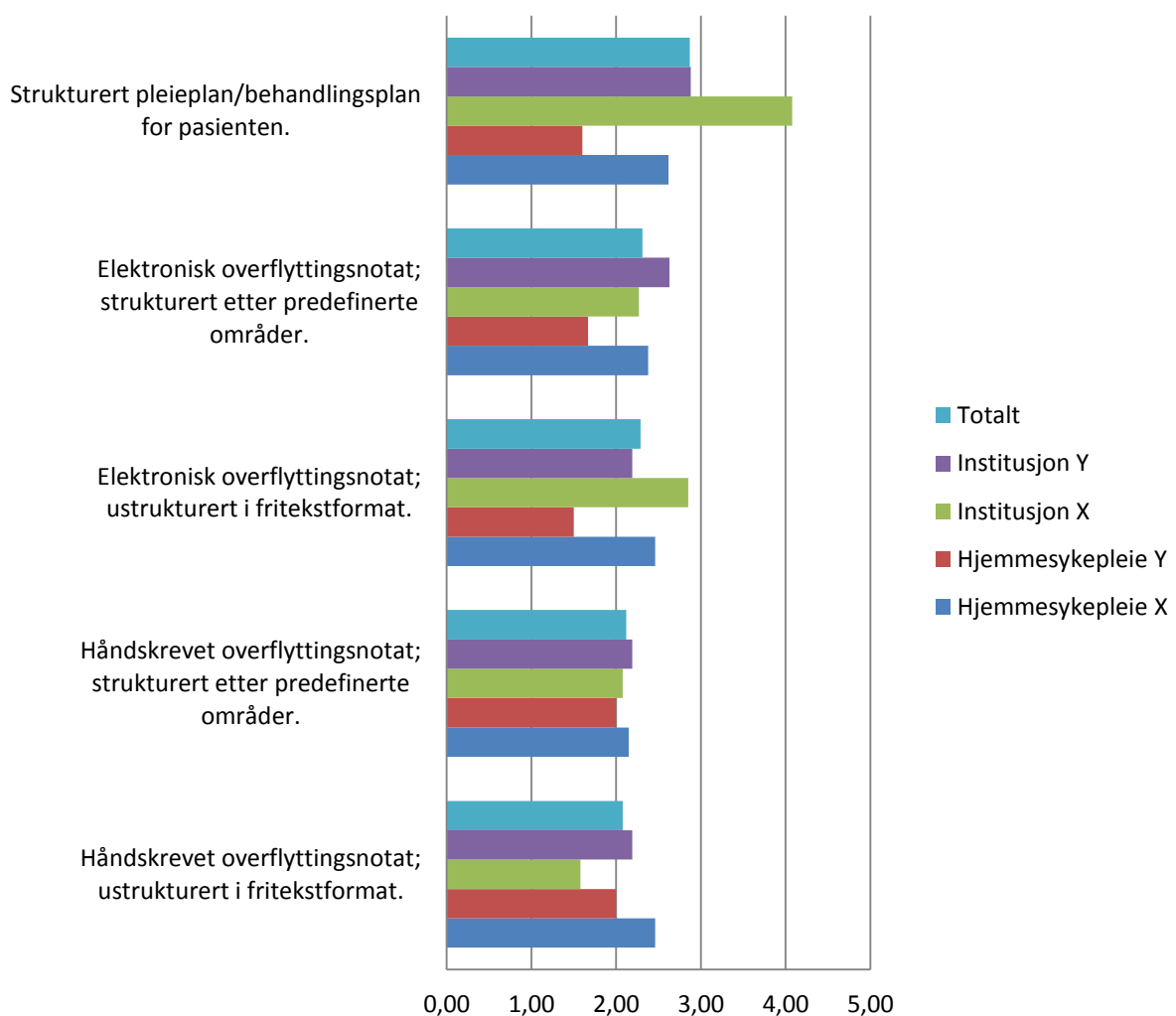
6.3.4 Struktur på utvekslet informasjon

Dokumentasjonen i pasientjournalen anses som et verdifullt kommunikasjonsmiddel (Jefferies et al., 2010). Det er utarbeidet anbefalinger og standarder for systematisering av innhold i elektronisk pasientjournal både av Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren (KITH), Norsk sykepleierforbund (NSF) og Statens helsetilsyn (Sandvand og Vabo, 2007). Nøyaktig og strukturert sykepleiedokumentasjon anses å være en forutsetning i forhold til god pasientpleie

og omsorg, for hensiktsmessig og effektiv kommunikasjon og for samarbeid innenfor helse og omsorgstjenestene (Ammenwerth et al., 2003). Alter (2006) hevder konsistens og kvalitet på informasjon som utveksles er viktige indikatorer for hvorvidt informasjonsutvekslingen foregår hensiktsmessig eller ei.

De to kommunene benytter to ulike journalsystemer. Da det ikke er dokumentasjon som er hovedfokus i denne oppgaven, er det ikke foretatt noen sammenlikning de to journalsystemene eller deres dokumentstruktur.

Hvor ofte dokumentasjonen som utveksles har følgende struktur (Gjennomsnittsverdier)



Figur 5: Gjennomsnittsverdiene for hvor ofte informasjonen som utveksles har følgende struktur, fordelt på deltjeneste og kommune. Aldri=1, Sjelden=2, Av og til=3, Ofte=4 og Alltid=5.

Sandvand og Vabo (2007) hevder at helsepersonell som har lang erfaring med sykepleiedokumentasjon i den tradisjonelle papirjournalen, vil ha større forutsetninger for å følge dette opp i EPJ. De fleste respondentene i undersøkelsen har forholdsvis lang erfaring som sykepleiere, og bør således ha gode forutsetninger for å kunne dokumentere sykepleie i EPJ.

Dokumentasjon som utveksles blant deltakerne i denne undersøkelsen, ser ut til å ha varierende grad av struktur innenfor de ulike deltjenestene. Dette samsvarer med forskning som viser at det forekommer variasjon i kvalitet og innhold i informasjon som blir utvekslet ved innleggelse av pasienter i sykehus (Hustey og Palmer, 2010). Verdiene som går frem av variablene som omhandler struktur i dokumentasjonen bør sees i sammenheng med hvor ofte sykepleierne sender med elektronisk utarbeidede overflyttings/journalnotat eller håndskrevde notat (jfr. pkt. 6.3.3). Verdiene bør på samme måte sees i sammenheng med informasjon fra nøkkelinformanter, i forhold til at enkelte kun gir muntlig informasjon eller fakser kopi av elektronisk utarbeidede dokumenter i etterkant. Ved hjemmesykepleiedistrikt Y som ikke sender med kopi av elektroniske overflyttingsrapporter, og hvor det meste av informasjonen skjer muntlig, vil det være naturlig at dette hjemmesykepleiedistriktet har lavest gjennomsnittsverdier på variabler som omhandler hvor ofte elektronisk utarbeidet informasjon er strukturert (1.67) eller ustrukturert (1.5).

Ved det andre hjemmesykepleiedistriktet (X) hvor man i etterkant fakser kopier av elektroniske journalnotat, ser man at gjennomsnittsverdiene ved elektronisk utarbeidet informasjon er noe høyere enn ved hjemmesykepleiedistrikt Y. Den elektronisk utarbeidede informasjonen som utarbeides ved dette hjemmesykepleiedistriktet er imidlertid noe oftere ustrukturert og i fritekst (2.46) enn strukturert etter predefinerte områder (2.38). Det er imidlertid stor spredning i svarene til respondentene fra hjemmesykepleiedistrikt X. Like mange respondenter (n=13) svarer at de elektroniske utarbeidede overflyttingsrapportene aldri (30.8 %) eller ofte (30.8 %) er ustrukturerte i fritekstformat. Blant de samme respondentene (n=13) svarer (30.8 %) at de elektroniske utarbeidede overflyttingsrapportene aldri er strukturerte, for ellers å fordele seg likt på verdiene sjelden (23.1 %), av og til (23.1 %) og ofte (23.1 %). Spredning i svar kan eventuelt skyldes at dette hjemmesykepleiedistriktet i følge nøkkelinformant ikke har formelle retningslinjer for informasjonsutveksling når pasienter innlegges i sykehus (jfr. pkt.6.3.8), men

arbeider ut fra uformelle rutiner som skal være kjent innenfor enheten. Det kan tenkes at et begrenset antall respondenter, som utøver individuell praksis med tanke på informasjonsutveksling, kan medvirke til spredning i svar. Hvorvidt journalsystemet deres legger opp til struktur i de ulike journaldokumentene kan i tillegg ha innvirkning på grad av struktur. En informant som benytter samme EPJ system, uttaler at systemet inneholder en overflyttingsrapport, men at det her skrives i fritekst.

Ser man på den håndskrevne dokumentasjonen ved hjemmesykepleiedistriktene, er gjennomsnittsverdiene for ustrukturert/strukturert notat forholdsvis lave (<3) og ikke så ulike de ved institusjon. Dersom deltjenestene benytter seg av det papirbaserte sammenfatningsdokumentet fra den tidligere 'Norgesjournalen' (Bach og Vatnøy, 2007), er dette lagt opp til fritekst hvor man selv bestemmer grad av struktur.

Ved spørsmålet i forhold til struktur ved elektroniske eller håndskrevne notater, bør svarene ved institusjon ses i sammenheng med at institusjonene stort sett sender med elektronisk overflyttingsrapport eller journalnotater med pasienten, og at man sjeldnere benytter håndskrevne notater. Ved institusjonene ($n/X=13$ og $n/Y=16$) svarer et knapt flertall av respondentene ved institusjon X (38.5 %) av og til og institusjon Y (37.5 %) sjelden, på at de sender med håndskrevne notat (jfr. pkt. 6.3.3). Et flertall av respondentene ved institusjonene ($n/X=12$ og $n/Y=16$) svarer at disse notatene aldri ($I/X:41.7$ % og $I/Y: 37.5$ %) eller sjelden ($I/X: 33.3$ og $I/Y: 25.0$ %) er strukturert etter predefinerte områder.

Innenfor begge institusjonene ($n/X=11$ og $n/Y=16$) svarer et knapt flertall av respondentene at de elektroniske overflyttingsrapportene aldri ($I/X: 45.5$ % og $I/Y: 37.5$ %) er strukturert etter predefinerte områder. Enkelte respondenter innenfor de samme gruppene svarer imidlertid at de elektroniske overflyttingsrapportene ofte ($I/X: 18.2$ % og $I/Y: 12.5$ %) eller alltid ($I/X: 9.1$ % og $I/Y: 18.8$ %) er strukturerte etter predefinerte områder. Det er noe mer struktur på de elektroniske overflyttingsrapportene til institusjon Y (2.63) enn ved institusjon X (2.27). Grad av fritekst, struktur og mengde informasjon i overflyttingsrapporter skrevet i elektronisk pasientjournal (EPJ) kan i følge en av informantene ved institusjon være svært avhengig av den enkelte sykepleier; *"Noen skriver veldig detaljert og veldig bra, og noen skriver bare fire fem setninger"*. At de to institusjonene benytter to ulike

journalssystemer kan ha betydning for graden av struktur i de elektroniske overflyttingsrapportene. Et begrenset utvalg av respondenter og individuelle måter å utarbeide overflyttingsrapport på, kan i tillegg ha gitt spredning i resultatene.

Når man ser på svarene fra samtlige deltjenester i forhold til strukturen på utvekslet informasjon, ser man at det er lite samsvar i gjennomsnittsverdiene for de ulike variablene. Man skulle kunne anta at dersom respondentene svarte aldri eller sjelden i forhold til hvor ofte de elektroniske eller håndskrevne overflyttingsrapportene er ustrukturert, at de samme respondentene ville svare at de oftere utarbeidet strukturerte overflyttingsrapporter. Dette kan tyde på manglende konsistens i forhold til struktur på dokumentasjon som blir utvekslet.

Grönroos og Perälä (2005) fant gjennom sin studie ut at sjansen for en vellykket utskrivning for dem som hadde en skrevet pleie/behandlingsplan var tre ganger høyere enn for dem uten noen skrevet pleieplan/behandlingsplan. Pleieplan benyttes sjelden i følge informantene fra begge hjemmesykepleiedistriktene. Dette samsvarer med lavere gjennomsnittverdier for hjemmesykepleien ($H/X=2.62$ og $H/Y=1.60$) kontra institusjon ($I/X=4.08$ og $I/Y=2.88$), på spørsmålet hvor ofte det utveksles strukturert pleieplan om pasienten. Årsaker som nevnes av nøkkelinformantene ved hjemmesykepleiedistriktene er kapasitetsproblemer (jfr. pkt. 2.2.2) eller at det er flere pasienter hjemmesykepleien har begrenset informasjon om på grunn av et begrenset tjenestebehov.

I følge juridiske krav til dokumentasjon av sykepleie og krav til innhold i pasientjournalen (jfr. pkt. 2.1.1), skal en behandlingsplan/behandlingsplan være elektronisk. Hvorvidt pleieplanen/behandlingsplanen er elektronisk utarbeidet eller foreligger i papirformat, blir det imidlertid ikke spurt om i spørreskjemaet. En informant fra institusjon opplyser om at deres journalssystem inneholder en pleieplan; *"Det er pleieplan i Vi begynte egentlig med den i fjor, men den ble lagt på is, pga feil fra leverandør"*. Informanten forteller at de på bakgrunn av de tekniske problemene i EPJ systemet har måttet gå tilbake til papirformat.

6.3.5 Etterspørsel av informasjon fra sykehuset

Etterspørsel av informasjon fra sykehusets side kan være en indikator for hvorvidt den informasjonsutvekslingen som foregår er effektiv (Alter, 2006).

Nøkkelinformantene ble derfor bedt om si noe om behov for informasjon fra sykehusets side pr i dag. En informant fra et av hjemmesykepleiedistriktene svarer;

”Egentlig så er det sjeldent at vi hører noe fra dem. Men det hender hvis de er i tvil om medisiner så ringer de. Og så er det litt spesielle tilfeller hvor de kanskje lurar på hvor klar var brukeren i utgangspunktet, hvor selvhjulpen pas var og kanskje i forkant av operasjoner. Sånne ting. Hvor de sikkert lurar på hvor mye ressurser de skal sette inn. Men ellers hører vi egentlig sjeldent noe fra dem. Det er lite kommunikasjon sånn”.

En av informantene fra institusjon svarer på samme måte at det er forbausende sjelden at sykehuset etterspør informasjon. Informanten velger å tolke dette som at sykehuset har fått tilstrekkelig informasjon. Grad av etterspørsel kan i følge informanter variere i forhold til om sykehuset ”kjenner” pasienten eller ei.

Gjennomsnittsverdiene for hvor ofte sykehuset etterspør informasjon (N=51) er høyere ved hjemmesykepleiedistriktene (H/X=3.08 og H/Y=3.40) i forhold til institusjonene (I/X=2.54 og I/Y=2.40). Dette kan samsvare med at store deler av informasjonen blir gitt muntlig og at mindre dokumentasjon blir sendt med fra hjemmesykepleiedistriktene (jfr. pkt. 6.3.3). Ved hjemmesykepleiedistriktet hvor de kun gir muntlig informasjon ved akutt innleggelse av pasienter, svarer de fleste respondentene (n=10) at sykehuset ofte (50.0 %) eller av og til (40.0 %) etterspør informasjon. At hjemmesykepleiedistriktene oftere får telefon med etterspørsel av mer informasjon, samsvarer med resultater fra studien til Hellesø et al. (2005). Sykepleierne ved sykehuset som deltok i studien hevdet at de ofte, eller alltid kontaktet hjemmesykepleien pr. telefon for å få mer informasjon.

Etterspørsel etter informasjon kan forekomme på bakgrunn av kulturforskjeller mellom kommunehelsetjenesten og sykehus, i forhold til hva som anses som viktig informasjon i forbindelse med overflytting av pasienter (Grönroos og Perälä, 2005; Rydeman og Törnkvist, 2006; Melby og Hellesø, 2010). De fleste respondentene (N=52) svarer imidlertid at de kun sjelden (55.5 %) eller av og til (34.6 %) opplever at sykehuset har et annet behov for informasjon enn det de fra hjemmesykepleien eller institusjon har utvekslet.

6.3.6 Ansvar, sikkerhet og kontroll

I følge Alter (jfr. pkt. 4.1.1) bør det foreligge en klar ansvarsfordeling, dersom informasjonsutvekslingen fra kommunens deltjenester til sykehus skal foregå tilfredsstillende. Når nøkkelinformantene blir bedt om fortelle om hvordan ansvar og arbeidsoppgaver er fordelt i forhold til informasjonsutvekslingen ved innleggelse av pasienter i sykehus, svarer samtlige informanter at dette er et sykepleieransvar. En av informantene sier likevel; ” *Det er mest sykepleier og av og til vernepleier. Av og til ledere hvis ikke det er sykepleiere, enhetsleder eller avdelingsleder*”. De fleste respondentene (N=51) i undersøkelsen svarer at det sjelden (41.2 %) eller aldri (27.5 %) hender at annet personell må ta ansvar for utskriving/informasjonsutvekslingen. Enkelte respondenter svarer imidlertid at dette hender ofte.

Tabell 5. Hvor ofte det hender at annet personell enn sykepleiere må ta ansvar for utskrivingen/informasjonsutvekslingen, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	4 (30.8)	7 (53.8)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.85
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.80
Institusjon X, n (%)	5 (38.5)	6 (46.2)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.77
Institusjon Y, n (%)	1 (6.7)	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100)	3.0
Total	14 (27.5)	21 (41.2)	11 (21.6)	4 (7.8)	1 (2.0)	51 (100)	2.16

En fersk Fafo-rapport viser at ansatte uten relevant fagutdanning utgjør en betydelig gruppe innen kommunens helse- og omsorgstjenester. Andelen ufaglærte er noe høyere innenfor hjemmesykepleien sammenliknet med institusjon. Rapporten viser i tillegg at andelen fagutdannede fra videregående (spesielt hjelpepleiere) er høyere enn andelen sykepleiere (Gautun og Hermansen, 2011). Da det er sykepleiere som har primæransvar for pasienten, vil akutte innleggelser av pasienter innenfor kommunens helsetjenester stille desto større krav til sykepleiernes tilstedeværelse. En av informantene fra institusjon forteller;

"I de tilfellene hvor det ikke er sykepleier på egen avdeling, så er det kanskje bakvakta fra en annen avdeling for eksempel etasjen over som har vært nede og hjulpet til i forbindelse med legevakttilkalling og sånne ting. Og da er det ikke noe fast prosedyre. Da blir det vel, da ser de vel det som er mest praktisk hvem som har best tid. Det kan være en hjelpepleier også som går inn i ... og printer ut medisinliste og brukerkort fra Det er ikke noe spesiell sykepleieoppgave".

Ved de deltjenestene hvor formelle retningslinjer foreligger i forhold til overflytting av pasienter til sykehus, går det frem i to av tre retningslinjer at dette er et sykepleieransvar. I retningslinjen ved hjemmesykepleiedistrikt Y (Vedlegg 10) går det frem at sykepleier har ansvaret, og at retningslinjen gjelder for; "Den pleier som observerer at en bruker trenger akutt innleggelse". Det går videre frem av retningslinjen at "Pleiepersonellet kontakter vakthavende sykepleier for videre informasjon til fastlege/legevakt". Under utførelse i samme retningslinje står det imidlertid; "Sykepleier, eventuelt hjelpepleier/omsorgsarbeider i samråd med vakthavende sykepleier, kontakter fastlegen, eventuelt legevakt". Vernepleiere og helsefagarbeidere har gjennom Lov om helsepersonell (§48) plikt til å føre journal i likhet med sykepleiere (Helsepersonelloven, 1999). Ut fra dette kan man tolke at annet personell kan skrive overflyttingsrapport selv om en sykepleier har primæransvar. Dette samsvarer med innholdet i retningslinjen og uttalelser fra en nøkkelinformant. Informanten forteller at det hender hjelpepleiere må skrive overflyttingsrapport, men at det er bakvakten (sykepleieren) som eventuelt er blitt tilkalt fra en annen avdeling, som skal skrive et notat i journalen i forhold til vurderingen om behov for innleggelse.

I følge Alter (2006) vil kontrollrutiner være nødvendig for å sikre nøyaktighet av informasjon og uautorisert tilgang. Respondentene fikk derfor spørsmål i forhold til hvor ofte det ble benyttet en sjekklister for å sikre at tilstrekkelig informasjon ble sendt med pasienten. De fikk i tillegg spørsmål hvor ofte de fikk kvittering på sendt informasjon, og hvor ofte det hendte at informasjon kommer på avveier.

Tabell 6. Hyppighet på anvendelse av sjekkliste for å se om nødvendig informasjon er sendt med, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	2.31
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	5 (50.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	1.80
Institusjon X, n (%)	4 (30.8)	3 (23.1)	3 (23.1)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.38
Institusjon Y, n (%)	2 (13.3)	1 (6.7)	0 (0)	8 (53.3)	4 (26.7)	15 (100)	3.73
Total	13 (25.5)	12 (23.5)	10 (19.6)	12 (23.5)	4 (7.8)	51 (100)	2.65

Ut fra tabellen ser man at institusjonene benytter sjekkliste hyppigere enn ved hjemmetjenestene. Institusjon Y oppnår høyere gjennomsnittsverdi (3.73) enn institusjon X (2.38), trolig på grunn av at institusjon Y benytter en sjekkliste (Vedlegg 9) som er limt på konvolutten som sendes med pasienten;

”Alt det som vi har av papirer som vi sender med blir lagt i en konvolutt, som har diverse avkryssingsmuligheter på utsiden, hvor en krysser ut; har vedlagt rapport, medisinaliste, nødvendige medisiner, om pårørende er informert (ja eller nei) og sånne ting, og telefonnr. til avdelingen og underskrift”.

Institusjon X har ikke slik sjekkliste på sin konvolutt. Her kan det tenkes at de eventuelt benytter prosedyren sin som sjekkliste. At en stor andel av respondentene ved hjemmesykepleiedistrikt X (n= 13) svarer av og til (46.2 %), kan skyldes at de i følge informant benytter en tilsvarende sjekkliste ved innleggelse av pasienter fra hjemmetjenesten til institusjon. Det kan hende at sjekklisten av og til har vært benyttet ved innleggelse av pasient i sykehus.

Når respondentene får spørsmål om hvor ofte de får kvittering fra sykehuset på mottatt konvolutt eller ettersendt informasjon, svarer de fleste respondentene (N=49) aldri (77.6 %) eller sjelden (18.4 %). En informant fra hjemmesykepleiedistriktet som sender en del faks, forteller at de ringer avdelingen før de sender aidentifiserte dokumenter. De mottar en kvittering på at sykehuset har mottatt deres faks.

På spørsmålet hvor ofte det hender at informasjon kommer på avveier, svarer de fleste respondentene (N=48) sjelden (52.1 %) eller aldri (37.5 %). Nøkkelinformanter bekrefter at det har hendt at konvolutten som sendes med pasienten har kommet på avveier. En informant forteller;

”Noen ganger ser man at ambulanspersonell legger den store A3 konvolutten under madrassen på båra, så kan det kanskje være at de ikke husker å ta den ut derifra, og i mottakelsen husker de ikke å be om det og så tar den konvolutten seg en ekstra runde med ambulansen før de finner den og får brakt den til riktig sted”.

6.3.7 Retningslinjer

Det bør foreligge retningslinjer og rutiner for dokumentasjon og informasjonsutveksling (Coleman og Boulton, 2003; Alter, 2006; Sandvoll Vee og Hestetun, 2009). Struktur og retningslinjer vil knytte individer innenfor organisasjonen til de organisatoriske prosesser, og i forhold til koordinasjon og informasjonsflyt mellom de to organisatoriske nivå (Hellesø et al., 2005).

Ved tre av fire deltjenester foreligger det en formell retningslinje som omhandler innleggelse i sykehus. Ved den ene deltjenesten forteller nøkkelinformanten imidlertid at retningslinjen som foreligger enda ikke er helt innført, da de fortsatt arbeider med den;

”Vi holder på å jobbe med en prosedyre der all informasjon skal være skriftlig, og hvor det skal være skjema som skal fylles ut som skal ligge i alle bilene da. Slik at vi kan ta det på stedet”.

Skjemaet informanten viser til er identisk med et rapportark (Vedlegg 8) som av og til benyttes ved institusjon Y. Konvolutten med sjekklister (Vedlegg 9) som skal sendes med pasienten til sykehuset, er identisk med den som benyttes ved Institusjon Y. Informanten forteller at retningslinjen er ferdig, men at det gjenstår praktiske problemer som å skaffe tilveie nødvendig materiell.

Ved hjemmesykepleiedistrikt X kan det ikke fremskaffes en formell retningslinje på innleggelse av pasienter i sykehus. Informanten hevder likevel at rutinene er kjent for personalet; *”Det er sånn vi gjør det pr. i dag, og det er sånn vi har gjort det i alle år, så det er liksom innarbeida hos våre sykepleiere”.* Her ser det ut til at informasjonsutveksling foregår ut fra uformelle retningslinjer som er blitt en del av kulturen ved enheten (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

De formelle retningslinjene som foreligger er svært forskjellige, både med tanke på innhold og struktur. Den mest formelle prosedyren inneholder punkter for hensikt, ansvar, hvem den gjelder for, utførelse, kontroll, avvik og avvikshåndtering (Vedlegg 10). Den neste (Vedlegg 11) inneholder få setninger og hovedpunkter som; hensikt/mål, ansvar og beskrivelse og kontakt med pårørende. Den siste retningslinjen (Vedlegg 12) definerer ikke hvem som har ansvar, men gir en punktvis og detaljert beskrivelse av utførelse og hva som sendes med.

Når det gjelder hva som skal sendes med av informasjon, varierer dette mellom de tre retningslinjene. I retningslinjene ved begge institusjonene går det frem at man i tillegg til medisinliste og bruker kort, skal sende med utskrift av ulike journaldokumenter. I retningslinjen til hjemmesykepleien står det kun at man skal sende med medisinoversikt, kontaktinformasjon til pårørende og kontaktinformasjon til hjemmesykepleien.

Kun en av tre deltjenester har inkludert i retningslinjene at man skal skrive et notat på innleggelsen, hvor man i tillegg skriver hva man har sendt med av dokumentasjon. En av informantene fremhever betydningen av å sikre juridisk bevis gjennom dokumentasjon (jfr. pkt. 2.1.2). Dokumentasjonsplikten kan således være en viktig del av enhetens sikkerhets og kontrollrutiner (jfr. pkt. 4.1.4). En av informantene forteller; *"Det har vært et par tilfeller hvor de har påstått at de ikke har fått informasjon, hvor vi vet at vi har sendt dette med"*. Informanten forteller videre;

"Det blir poengtert i prosedyren at en må sette seg ned når pasienten er reist, så må en sette seg ned og skrive inn i journalen hva en har sendt med av papirer, sånn at det er dokumentert. For i de to aktuelle tilfellene jeg vet om, så ble det så travelt etterpå at det ble glemt vekk, og da har en ikke noe bevis for det en sendte med".

6.3.8 Sykepleiernes kjennskap til retningslinjer, rutiner og ansvar

For at informasjonsutvekslingen skal foregå ut fra formelle retningslinjer, er det viktig at disse er kjent for sykepleierne (Hellesø et al., 2005; Alter, 2006). Sykepleierne fikk derfor spørsmål om dagens informasjonsutveksling foregår ut fra formelle retningslinjer.

Tabell 7. Hvorvidt dagens utveksling av informasjon med sykehuset foregår ut fra interne formelle retningslinjer, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	5 (38.5)	1 (7.7)	7 (53.8)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	9 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	10 (76.9)	0 (0)	3 (23.1)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	11 (68.8)	1 (6.3)	4 (25.0)	16 (100)
Totalt: n (%)	28 (54.9)	6 (11.8)	17 (33.3)	51 (100)

Som det går frem av tabellen svarer de fleste (54.9 %) respondentene (N=51) at informasjonsutvekslingen foregår ut fra interne formelle retningslinjer. Flertallet av disse respondentene tilhører institusjonene hvor det finnes formelle prosedyrer. Den nest største gruppen består av respondenter som ikke vet om utveksling foregår etter formelle retningslinjer. Man ser i tillegg at ved hjemmesykepleiedistriktene hvor det ikke finnes eller benyttes en formell prosedyre svarer flertallet av respondentene "vet ikke".

Respondentene ble i tillegg spurt om dagens utveksling av informasjon foregår ut fra uformelle rutiner som ut fra erfaring er kjent for personalet. Her er det stor spredning i svarene blant respondentene. Ved hjemmesykepleiedistrikt X hvor de ikke har formelle retningslinjer, fordeler respondentene seg ganske likt på de tre verdiene.

Tabell 8. Hvorvidt dagens utveksling av informasjon med sykehuset foregår ut fra uformelle rutiner, fordelt på deltjeneste og kommune (N=52)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	5 (38.5)	4 (30.8)	4 (30.8)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	6 (60.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	10 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	4 (30.8)	6 (46.2)	3 (23.1)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	8 (50.0)	5 (31.3)	3 (18.8)	16 (100)
Totalt: n (%)	23 (44.2)	17 (32.7)	12 (23.1)	52 (100)

Noe motstridende med det faktum at institusjonene har en formell retningslinje, svarer en ganske stor andel (50.0 %) av respondentene ved institusjon Y (n=16) at utveksling av informasjon foregår ut fra uformelle rutiner. Av samtlige respondenter (N=52) sier (44.2 %) seg enig i dette. Flere av respondentene har lang erfaring fra nåværende avdeling (jfr. pkt.6.2). De formelle retningslinjer kan ha blitt uformelle, ved at de har blitt en del av organisasjonskulturen (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Dette

synes i tillegg å virke inn på spørsmålet om respondentene har fått opplæring i gjeldende retningslinjer og rutiner ved egen arbeidsplass. Av respondentene (N=51) svarer 54.9 % at de har fått opplæring i formelle retningslinjer. En ganske stor andel (37.3 %) svarer at de ikke har fått opplæring i gjeldende formelle retningslinjer eller ikke vet (7.8 %) om de har fått det. De fleste (76.9 %) respondentene (N=52) i undersøkelsen sier seg likevel enig i at de har fått opplæring i gjeldende rutiner for informasjonsutveksling. De fleste (74,5 %) av respondentene (N=51) i undersøkelsen sier seg kjent med sitt faglige og juridiske ansvar i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling generelt. I forsøk på å se etter eventuelle sammenhenger mellom erfaring og respondentenes kjennskap i forhold til retningslinjer, rutiner og ansvar, fremkommer det ikke noe bestemt mønster. Dette kan som tidligere nevnt skyldes at utvalg av respondenter har vært forholdsvis begrenset.

6.3.9 Oppsummering av funn

Når det gjelder tidsperspektiv for informasjonsutvekslingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset, svarer de fleste av respondentene i undersøkelsen at de alltid eller ofte gir informasjon fra pasientens hjem/institusjon når pasienter blir innlagt. Store deler av denne informasjonen gis imidlertid kun muntlig via telefon og annet helsepersonell som er involvert i overflyttingen. Hjemmesykepleien sender sjelden skriftlig dokumentasjon med fra pasientens hjem. Dersom noe dokumentasjon sendes med, er det ofte et håndskrevet notat. Begge institusjonene sender stort sett med utskrifter av journalnotater med pasienten, når pasienten reiser fra institusjonen.

Hjemmesykepleiedistriktene rapporterer at de ettersender informasjon oftere enn institusjonene. Ved det ene hjemmesykepleiedistriktet fakser de ofte dokumentasjon når pasienter innlegges akutt i sykehus. Ved det andre hjemmesykepleiedistriktet og ved institusjonene foregår ettersending av informasjon stort sett kun ved forespørsel fra sykehuset.

Den metoden som oftest benyttes av hjemmesykepleien for å utveksle informasjon med sykehuset er telefon. Ved institusjon benyttes mest konvolutter med eller uten sjekkliste. Det hender kun av og til at hjemmesykepleien sender med en vanlig konvolutt. Faks benyttes i større grad som metode for informasjonsutveksling ved hjemmesykepleiedistriktene enn ved institusjonene.

Kun et av hjemmesykepleiedistriktene benytter PDA til journalføring i pasientens hjem, men har i følge informant pr. i dag ikke mulighet for å sende informasjon fra denne til sykehuset. Informantene fra både hjemmesykepleiedistriktene og institusjonene bekrefter at de pr. i dag ikke har mulighet til å sende informasjon elektronisk via Norsk Helsenett (NHN) til sykehuset ved innleggelser av pasienter i sykehus. De bekrefter imidlertid at de kan motta elektronisk informasjon fra sykehuset.

Når det gjelder bruk av ulike former for informasjonsutveksling, foregår en stor del av informasjonsutvekslingen muntlig. Helsepersonell informerer muntlig til legevakslege/ambulanspersonell, som videre noterer informasjonen i innleggelsesnotatet. Utover dette foregår en del av informasjonsutvekslingen i form av utskrift av ulike journalnotater.

Skal sykepleierne fra hjemmesykepleien få sendt med utskrift av journalnotater eller rapporter, må de i følge informantene tilbake til kontoret. De kan eventuelt få noen andre til å komme med journalutskrifter til pasientens hjem. At det er lettere for institusjonene å sende med kopier av ulike journaldokumenter som en form for informasjonsutveksling, viser seg i spørreundersøkelsen ved at institusjonene skårer høyere på spørsmål som omhandler det å sende med kopier av ulike dokumenter. For å kompensere for mangel på utskrifter av medisinliste/legemiddelkort, ser man imidlertid at hjemmesykepleien sender med medisindosett med tilhørende medisinliste eller mutidoserull i større grad enn institusjonene. Der institusjonene sender med informasjon om pårørende i form av kopi av brukerkort/pasientkort, ser det ut til at slik informasjon sendes fra hjemmesykepleien i form av faks eller et håndskrevet notat fra hjemmet. Når det gjelder å utveksle informasjon i form av håndskrevne notat, ser det ut til at institusjonene i likhet med hjemmesykepleiedistriktene av og til sender med håndskrevne notat.

Når det gjelder struktur på dokumentasjon som sendes med pasienten, ser det ut til at struktur kan variere både i forhold til håndskrevne og elektroniske notat. Det sees i tillegg variasjon i svarene til respondentene innenfor de ulike deltjenestene. Det er heller ikke samsvar i forhold til at lav skår i forhold til ustrukturerte overflyttingsrapporter burde gitt høy skår på strukturerte overflyttingsrapporter. Dette kan tyde på manglende konsistens i forhold til struktur på dokumentasjon som blir

utvekslet. At de to kommunene benytter to ulike journalsystemer, kan ha betydning for graden av struktur i de elektroniske overflyttingsrapportene. Dersom deltjenestene benytter seg av det papirbaserte sammenfatningsdokumentet fra den tidligere 'Norgesjournalen', er dette lagt opp til fritekst hvor man selv bestemmer grad av struktur. Et begrenset utvalg av respondenter og individuelle måter å utarbeide overflyttingsrapport på, kan ellers være medvirkende til stor spredning og manglende samsvar i resultatene.

Pleieplan utveksles sjelden i følge informantene fra begge hjemmesykepleiedistriktene. Årsaker som nevnes av nøkkelinformantene er kapasitetsproblemer eller at det er flere pasienter hjemmesykepleien har begrenset informasjon om på grunn av lite tjenestebehov. Pleieplan benyttes oftere ved institusjonene. Ved den ene institusjonene har de midlertidig måtte gå over til papirversjon igjen på grunn av problemer med journalsystemet.

Etterspørsel av informasjon fra sykehusets side kan være en indikator for hvorvidt den informasjonsutvekslingen som foregår er tilstrekkelig. At etterspørselen av ytterligere informasjon er større hos hjemmesykepleiedistriktene, samsvarer med at de gir en del muntlig informasjon, og sjelden får sendt med dokumentasjon fra hjemmet. Informanter uttrykker at det er forbausende lite etterspørsel og at det er lite kommunikasjon. En informant velger å tolke dette som at den informasjonen som er gitt har vært tilstrekkelig. Grad av etterspørsel kan i følge informanter variere i forhold til om sykehuset "kjenner" pasienten eller ei. Hvor ofte sykehuset har annet behov for informasjon kan indikere eventuelle kulturforskjeller i forhold til hva som anses som viktig informasjon. De fleste respondentene opplever imidlertid sjelden eller kun av og til at sykehuset har et annet behov for informasjon enn det de fra hjemmesykepleien eller institusjon har utvekslet.

Det er formelt sett sykepleier som har ansvar for informasjonsutveksling ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus. Det hender likevel at annet personell må ta ansvar for utskrivning/informasjonsutvekslingen.

Institusjonene benytter sjekkliste hyppigere enn ved hjemmetjenestene, for hva som skal sendes med pasienten ved innleggelse i sykehus. Der formelle retningslinjer foreligger, kan det tenkes at denne av enkelte respondenter blir benyttet som sjekkeliste. Respondentene svarer at de sjelden eller kun av og til får kvittering fra

sykehuset på mottatt konvolutt eller ettersendt informasjon. Det har hendt at konvolutten som sendes med pasienten har kommet på avveier.

Det foreligger formelle retningslinjer for innleggelse av pasienter i sykehus ved tre av fire deltjenester. Ved en av deltjenestene er de formelle retningslinjene enda ikke offisielt innført. Ved den deltjenesten hvor det ikke foreligger formelle retningslinjer, foregår informasjonsutvekslingen ut fra uformelle rutiner. Retningslinjene som foreligger er svært forskjellige, både med tanke på innhold og struktur. I to av de tre retningslinjer er ansvar for informasjonsutvekslingen definert. I en av tre er det inkludert avvikshåndtering. På tross av at de fleste hevder de kjenner til formelle retningslinjer, er det en stor del som er usikre eller ikke kjenner disse. En stor del svarer at informasjonsutveksling foregår ut fra uformelle rutiner. Dette kan skyldes at de formelle retningslinjer har blitt en del av kulturen. De fleste av respondentene i undersøkelsen sier seg kjent med sitt faglige og juridiske ansvar i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling generelt.

6.4 Delproblemstilling 2: Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger

Elektronisk informasjonsutveksling anses fra flere kilder som et viktig bidrag i å bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og tilknyttede sykehus (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Samspill 2.0, 2008; Hustey og Palmer, 2010). Bruk av elektronisk informasjonsutveksling innen helsevesenet forventes i tillegg å ha en positiv effekt og innflytelse på helsepersonells arbeidsprosesser, prosedyrer og behandling av pasientene (Mäenpää et al., 2009; Melby og Hellesø, 2010).

Det er ikke tilstrekkelig å erstatte papirbasert utveksling av informasjon med elektronisk teknologi (Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009). Elektronisk meldingsutveksling innebærer innføring av nye samarbeidsmåter mellom kommunen og sykehuset som vil kreve nye rutiner, omlegging av innarbeidede arbeidsformer, og vil utfordre praksisnivået i organisasjonene på mange måter (Kalseth og Paulsen, 2008; Harrison et al., 2011). Organisatoriske forandringer er nødvendige for å kunne

utnytte potensialer ved IKT (Schabetsberger et al.; Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009).

Etter å ha gjort en kartlegging av eksisterende rutiner og retningslinjer for informasjonsutveksling i kommunen, vil dette kapittelet søke å identifisere viktige utfordringer ved dagens praksis, før innføring av elektroniske PLO meldinger. Kapitlet bygger på opplysninger fra informanter og funn fra spørreundersøkelsen, som i tillegg underbygges av vitenskapelig litteratur. De fire elementene som utgjør Steven Alter sitt servicesystem (jfr. pkt. 3.1), er benyttet som ramme for å identifisere eventuelle utfordringer ved dagens praksis (jfr. pkt. 4.0).

6.4.1 Handlinger og prosesser

Struktur og koordinasjon er viktig for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver innenfor et servicesystem eller en organisasjon (Alter, 2006; Sandvoll Vee og Hestetun, 2009). Når det gjelder struktur innenfor de fire utvalgte deltjenestene (jfr. pkt.4.1.1), har sykepleiere det formelle ansvaret for informasjonsutveksling ved innleggelse av pasienter i sykehus. At sykepleier har formelt ansvar for informasjonsutvekslingen går frem av to av de tre formelle retningslinjene som foreligger blant deltjenestene (Vedlegg 10, 11 og 12). Det faktum at sykepleiere utgjør en mindre andel av helsepersonellet i kommunehelsetjenesten, synes å utfordre de formelle bestemmelsene om ansvarsforhold. I tilfeller hvor det ikke er sykepleier tilgjengelig, hender det at annet personell må ta ansvar for dette. En av de formelle retningslinjene definerer et noe tvetydig ansvarsforhold ved å tillate annet personell å stå for informasjonsutvekslingen selv om sykepleier står ansvarlig. Slike uklare ansvarsforhold kan i følge Alter (Alter, 2006) være en risikofaktor i forhold til et servicesystem (jfr. pkt. 2.3.1). En rapport som presenterer erfaringer fra fyrtårnsprosjektene for elektronisk samhandling, fremhever betydningen av at ansvarsforhold avklares (Melby og Hellesø, 2008).

At informasjonsutveksling representerer et stort ansvar, kommer spesielt frem ved mangel på legetilsyn. Manglende tilgang på lege ved behov for akutt innleggelse av pasienter, kan representere en stor utfordring for sykepleierne i kommunehelsetjenesten (Hofstad og Norvoll, 2003). En undersøkelse utført i 2007-2008, hvor man så på akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus (Iversen et al., 2010), viser at tilgang til lege for vurdering av kritisk syke sykehjemspasienter må

styrkes. Iversen et al. (2010) påviste i sin studie at av 26 innlagte pasienter fra sykehjem, var det kun 12 pasienter som ble tilsett av lege før innleggelsen i sykehus. Ved kun 14 av innleggelsene fulgte det et legeskriv med. Manglende legetilsyn vil stille desto større krav til sykepleiernes ansvar for informasjonsutveksling.

Alter (2002, 2006) hevder konsistens er en viktig indikator for prestasjon innenfor et servicesystem. Struktur og rutiner vil være nødvendige forutsetninger ved innleggelse av pasienter i sykehus (Coleman og Boulton, 2003). Det foreligger pr i dag formelle retningslinjer ved tre av de fire deltjenestene. Innhold og struktur på retningslinjene varierer (jfr. pkt 6.3.8), og det opereres med ulike retningslinjer innenfor samme kommune. At kommunens deltjenester opererer med ulike formelle retningslinjer, vil representere en utfordring i forhold til en konsekvent og felles praksis for informasjonsutveksling (Alter, 2006).

En annen viktig utfordring er at informasjonsutveksling ved en av deltjenestene kun foregår ut fra uformelle retningslinjer og rutiner. Innføring av elektroniske PLO meldinger vil innebære forandring av dagens arbeidsprosesser (Rahimi et al., 2009; Aanesen et al., 2010). En uformell kultur for informasjonsutveksling kan forårsake at forsøk på endringer i rutiner mislykkes (Jacobsen og Thorsvik, 2007). For å oppnå ønskede gevinster i forhold til det nye systemet, er en viktig forutsetning at retningslinjer tilpasses de nye arbeidsprosessene (Melby og Hellesø, 2008; Aanesen et al., 2010; Harrison et al., 2011). Dersom de kommunale deltjenestene opererer med doble retningslinjer og praksis etter innføring av elektroniske PLO meldinger, vil dette kunne medføre at kun mellom 40 og 50 % av potensielle innsparinger (tid/ressurser) blir realisert (Aanesen et al., 2010).

I tillegg til nye retningslinjer bør det opprettes rutiner for avvikshåndtering (Melby og Hellesø, 2008). I kun en av de tre retningslinjene som foreligger blant deltjenestene i undersøkelsen er det inkludert avvikshåndtering. Uadekvat kvalitetskontroll vil kunne representere en risikofaktor innenfor en virksomhet (Alter, 2006; Cheevakasemsook et al., 2006).

Hjemmesykepleierne yter pleie og omsorg i pasientens hjem, av og til over store geografiske avstander. De er ofte alene om å gjøre vurderinger og avgjørelser i forhold til intervensjoner de utfører. Slike utfordringer stiller ytterligere krav til fullstendig sykepleiedokumentasjon (Gjevjon og Hellesø, 2010). God kvalitet på

dokumentasjonen som utveksles, anses å være en forutsetning for kontinuerlig pleie og omsorg (Grevjon, 2009; Gjevjon og Hellesø, 2010). Alter fremhever kvalitet og konsistens som viktige indikator i forhold til behandling av informasjon (Alter, 2006). Når det gjelder de fire deltjenestene sin behandling av informasjon (jfr. pkt.4.1.2), benyttes det pr. i dag både elektroniske og håndskrevne papirbaserte overflyttingsrapporter. Både de elektroniske og håndskrevne overflyttingsrapportene varierer i forhold til innhold og struktur. At det er variasjon i kvalitet og innhold i informasjon som blir utvekslet er en kjent utfordring i helsetjenesten (Hustey og Palmer, 2010). En vellykket innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger vil forutsette at informasjonen er standardisert, strukturert og integrert i EPJ (Moen et al., 2008; Hustey og Palmer, 2010), og at man ikke fortsatt opererer med både elektroniske og papirformat av overflyttingsrapporter (Aanesen et al., 2010).

I tillegg til manglende konsistent journalføring, synes en viktig utfordring ved dagens system å være manglende innfrielse av faglige og juridiske krav til journalføringen (jfr.2.1.1). Moen et al. (2008) påpeker viktigheten av retningslinjer i forhold til pasientdokumentasjon, både når det gjelder klargjøring av ansvar, sikring av god og forsvarlig dokumentasjon og i forhold til kvalitetskontroll. Da sykepleiedokumentasjon ikke er hovedfokus i dette prosjektet, ble nøkkelinformantene ikke spurt om det forelå slike retningslinjer. Sandvoll Vee og Hestetun (2009) gjennomførte i 2005 et prosjekt i kommunehelsetjenesten, hvor det ble laget en felles kvalitetskontrollprosedyre for å sørge for utfyllende veiledning for hvordan pasientjournaler skal organiseres, skrives og brukes i praksis. Den felles prosedyren skulle beskrive hvordan helsehjelp skulle dokumenteres i pasientjournalen, med spesiell vekt på sykepleiepersonalet sitt ansvar. Innholdet ble strukturert etter områder i tråd med føringer i forskrift om pasientjournal; oppretting og organisering av journal, journalansvarlig, krav til journalinnhold, innsyn, informasjonsplikt og oppbevaring. Prosedyren ble innlemmet i kommunens kvalitetssystem og ble hengt opp i nærheten av PC som sykepleiedokumentasjonen. Evaluering etter et års bruk viste større bevissthet i forhold til profesjonelt og juridisk ansvar for sykepleiepersonell når det gjelder å dokumentere sykepleie.

I følge Alter (2006) bør kommunikasjon foregå effektivt og hensiktsmessig (jfr. 4.1.3). En stor del av kommunikasjonen mellom de kommunale deltjenestene og sykehuset foregår muntlig, pr. telefon med legevakt/akuttmottak og via lege eller

ambulanspersonell involvert i innleggelsen. At en del helsepersonell foretrekker muntlig overlevering av informasjon er en stor utfordring innenfor helsetjenesten (Moen et al., 2008). Alle handlinger som utføres under ytelse av helsehjelp skal juridisk sett dokumenteres og journalføres (jfr.pkt 2.1.1). Muntlig informasjonsutveksling ved innleggelse av pasienter i sykehus, kan derfor bare godtas dersom sykepleier har dokumentert hovedinnholdet i informasjonsutvekslingen i pasientjournalen (Moen et al., 2008).

En annen utfordring i forhold til bruk av muntlig informasjon kan være faren for misforståelser. En av informantene beskriver følgende;

"Det er best med det som er elektronisk skrevet i stedet for å ringe. Det har hendt at vi har hatt danske og utenlandske leger, og da kan det bli litt vanskelig å forstå. Det er lett at det kan skje en misforståelse hvis man bruker telefon".

At man sender konvolutter med informasjon om pasienten, i stedet for å sende det elektronisk, uttrykkes av en av informantene som *"lite effektivt"*. Det vil være lite effektivt og hensiktsmessig for deltjenestene med tanke på at de må ta utskrifter av journalnotat. Sykehuset må i neste omgang lese gjennom flere papirbaserte dokumenter for å innhente viktige opplysninger, og må i tillegg skanne disse inn i eget journalsystem (Hustey og Palmer, 2010). I tillegg til at scanning av dokumenter skaper merarbeid for sykepleierne, kan journaldokumenter i papirformat lett bli forlagt (Melby og Hellesø, 2008).

Alter (Alter, 2006) trekker frem systemets sårbarhet som en viktig indikator ved evaluering av et servicesystem (jfr. pkt. 4.1.4). Journalutskrifter vil representere en utfordring i forhold til informasjonssikkerheten (Moen et al., 2008). Å sende disse i en konvolutt med pasienten representerer en ekstra utfordring i forhold til sikkerhet, da viktige pasientopplysninger kan komme på avveier (jfr.pkt.6.3.6). Å sende med konvolutt med journalutskrifter skaper i følge en av informantene i tillegg merarbeid for sykepleierne; *"Det er litt tungvindt for oss å måtte ringe for å høre om de har fått konvolutt, og om det er nok opplysninger"*.

At ikke alle deltjenestene benytter sjekklister og/eller retningslinjer for å sikre at tilstrekkelig informasjon om pasienten blir utvekslet, vil som følge av mangel på informasjon (jfr. pkt.2.1.3) kunne representere et pasientsikkerhetsproblem. Det vil i

tillegg kunne generere mer arbeid for sykepleierne i form av etterspørsel av informasjon fra sykehuset (jfr. pkt. 6.3.5).

For å få et innblikk i hvordan nøkkelinformantene opplever dagens praksis for informasjonsutveksling og hva de anser som eventuelle utfordringer, ble informantene spurt om hvilke eventuelle styrker og svakheter de opplever med dagens praksis. En av informantene fra hjemmesykepleien svarte følgende;

"Med telefon så går det mye raskere, enn om du må reise ned på kontoret for å printe ut. Så bruker du jo ekstra tid på det. Ellers så er det ikke så mange positive, det er ikke mye positivt med informasjonsutvekslinga slik som den er nå".

Informanten fra det andre hjemmesykepleiedistriktet trekker frem at dagens praksis bidrar til at det blir god kommunikasjon med sykehuset. At hjemmesykepleien har lite informasjon om enkelte pasienter som mottar få tjenester, blir trukket frem som en svakhet i systemet. En annen svakhet som trekkes frem er at hjemmesykepleien ikke sender med pleieplan på pasienter. Andre utfordringer som trekkes frem i forhold til dagens system er at papirer kan komme på avveier, og at man ikke får noe form for kvittering på papirer som er sendt med pasienten.

6.4.2 Tjenesteyterne

Alter (2006) understreker betydningen av kunnskaper og riktig utstyr for at de ansatte skal oppleve at de gjør en god jobb (jfr.pkt. 4.2). En rapport av Haukelien et al. (2009) som omhandler kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenesten, viser at kompetansesikring av helsepersonell kan bidra til økt kvalitet på tjenestene de yter. Ikke alle respondentene kjenner til om dagens informasjonsutveksling foregår ut fra formelle retningslinjer, eller har fått opplæring i eventuelle retningslinjer for informasjonsutveksling. Flertallet hevder likevel at de er kjent med sitt faglige og juridiske ansvar i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling generelt. På tross av kjennskap til faglig og juridisk ansvar forekommer det fortsatt håndskrevne overflyttingsrapporter (jfr. pkt. 3.3). En av årsakene til dette kan være begrensede IKT ferdigheter (Sandvand og Vabo, 2007; Moen et al., 2008). At begrensede IKT ferdigheter er en utfordring, bekreftes gjennom en uttalelse fra en av informantene; *"ikke alle er eksperter, de er ikke så vandt til å bruke data vet du. Det er en stor utfordring for oss"*. At det er en stor utfordring for flere å dokumentere elektronisk i EPJ, går frem gjennom uttalelsen; *"Vi jobber med at alle skal skrive på data, fordi de*

er jo så vandt med å skrive det for hånd vet du". Av forutsetninger som trekkes frem for å oppnå en vellykket elektronisk samhandling, er at brukerne får tilstrekkelig opplæring for å kunne ta i bruk EPJ for fullt (Melby og Hellesø, 2008). I rapporten fra fyrårnsprosjektene for elektronisk samhandling (Melby og Hellesø, 2008), fremheves det at kompetanse og teknologiutvikling må anses som gjensidig avhengige, ved etablering av elektroniske løsninger for samhandling.

En av informantene uttalte at det er lite kommunikasjon mellom dem og sykehuset. Kommuner har tidligere uttrykt behov for å styrke gjensidig forståelse av hverandres rammebetingelser og arbeidssituasjon (Kalseth og Paulsen, 2008). Manglende faglig infrastruktur er i følge Haukelien (2009) en stor utfordring ved flere kommuner, og en hovedutfordring for den norske velferdsstatsmodellen.

Motivasjon og engasjement hos ledere og ansatte er viktig i forhold til bruk av informasjonsteknologi (Alter, 2006; Huryk, 2010). Leders involvering og deres rolle som fasilitator har vist seg å være viktig (Cheevakasemsook et al., 2006; Melby og Hellesø, 2008; Sandvoll Vee og Hestetun, 2009). I forbindelse med innføring av elektronisk samhandling med sykehuset, vil leder ha ansvar for etablering av systemer for ytterligere opplæring i forhold til bruk av EPJ. De bør i tillegg etablere strategier og retningslinjer for å få de ansatte til å bruke systemet (Melby og Hellesø, 2008). Et viktig kriterium for å lykkes med innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger vil være at helsepersonell blir involvert i prosjektet i en tidlig fase (Ludwick og Doucette, 2009; Rahimi et al., 2009; Skavik et al., 2011).

Motivasjon er essensielt for å lære, og suksessfaktorer for innføring av nye elektroniske systemer er brukernes motivasjon og aksept for nye måter å arbeide på (Ammenwerth et al., 2003). Brukeraksept blir ansett som en avgjørende faktor for hvorvidt et nytt system vil bli en suksess eller ei (Venkatesh et al., 2003; Djasmasbi et al., 2009). En viktig og mye benyttet modell innenfor brukeraksept er 'The technology acceptance model' (TAM), utviklet av Fred Davis i 1986 (Djasmasbi et al., 2009). I følge hans modell er brukeraksept av et informasjonssystem influert av opplevd nytteverdi hos brukerne. Nyere forskning viser at aksept av helsemedisinske system i tillegg vil påvirkes av affekt, da affekt og rasjonell tenkning er tett relaterte prosesser. Affekt er et psykologisk begrep som beskriver følelser som humør og emosjoner, og vil kunne ha både positiv eller negativ påvirkning på holdningene (Djasmasbi et al.,

2009). Da brukeraksept ikke er fokus i prosjektet, ble respondentene ikke spurt om dette. En informant trekker likevel frem utfordringer i forhold til brukeraksept, da nøkkelinformantene i undersøkelsen ble spurt om hva de ser på som eventuelle effekter av innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger;

"at noen kanskje ville vegre seg i starten. De som føler selv at de sliter med det elektroniske, at de synes det er vanskelig å ha et visst ansvar med det, at de kanskje i starten vil passe på å være opptatt med noe annet, når sånt skulle gjøres. Sånn på sikt tror jeg det er vanskelig å få alle til å gjøre det. En må få med seg alle, det tar jo tid".

Informantene rapporterer om stor nytteverdi av at de pr. i dag kan motta elektroniske meldinger fra sykehus og fastlege, og uttrykker flere potensielle nytteeffekter ved innføring av elektroniske meldinger til sykehuset på følgende måte;

"Det vil bli mye lettere tror jeg, og mye sikrere, fordi dagens papirer kan komme på avveier. Det vil nok bli mindre arbeid og ta mindre tid. Det er også litt tryggere for oss sykepleiere at vi har sendt dette til riktig person".

Samtlige av nøkkelinformantene trekker spesielt frem kvalitetssikring som en positiv nytteeffekt. En av informantene er usikker på om elektronisk utveksling av informasjon vil bli tidsbesparende, og uttrykker; *"jeg tror jobben blir den samme. Det vil nok ikke bli så veldig tidsbesparende, i hvert fall ikke i starten"*. Funksjonalitet og tidsbesparelse har vist seg å være viktige motivasjonsfaktorer i forhold til helsepersonells bruk av elektronisk informasjonsutveksling (Vest et al., 2011).

En av utfordringene i forhold til sykepleiernes journalføring i EPJ kan være å sørge for tilstrekkelig utstyr, praktisk tilrettelegging, og å sørge for kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å bruke de elektroniske løsningene (Moen et al., 2008). Organisatoriske forhold vil således kunne virke inn på sykepleiernes arbeidsprosesser og motivasjon (Alter, 2006; Jacobsen og Thorsvik, 2007; Harrison et al., 2011) i forhold til informasjonsutveksling.

Stort arbeidspress vil i følge Alter (Alter, 2006) kunne virke inn på informasjonsutvekslingen. Økt antall brukere og antall sterkt pleietrengende innenfor kommunehelsetjenesten har økt. Mangel på kompetent personale og stort arbeidspress er faktorer som trekkes frem, som viktige utfordringer i forhold til ivaretagelse av pasienten på en kvalitetsmessig god og forsvarlig måte (Hofstad og Norvoll, 2003; Ingstad, 2010; Møller og Flermoen, 2010).

Konflikt mellom uformell og formell kultur og uadekvat ledelse kan virke inn på ansattes engasjement (Alter, 2006). Kultur kan således medvirke til at forsøk på endringer i en organisasjon mislykkes (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Skal man innføre nye verktøy og teknikker for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet, bør man i tillegg endre kulturen for å lykkes (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Å endre kultur vil kreve tid og energi, da det innebærer at helsepersonell må tilegne seg faglig, juridisk og teknisk kunnskap (Sandvand og Vabo, 2007).

6.4.3 Informasjon

Flere av pasientene fra sykehjem som blir innlagt i sykehus, er ute av stand til å gjøre rede for seg. Det er sjelden disse har med seg pårørende ved innleggelse, som kan gi supplerende opplysninger (Grönroos og Perälä, 2005; Iversen et al., 2010). Grönroos og Perälä (2005) mener derfor at helsepersonell bør bidra med tilstrekkelig informasjon og være representanter for eldre i den grad de har behov for dette.

Sykepleierne bør ha tilgang (organisatorisk og teknologisk) til pasientinformasjon dersom de skal få sendt informasjon om pasienter til sykehuset (Alter, 2006). Når det gjelder tilgang til pasientinformasjon, erfarer 60 % av sykepleiere innenfor kommunehelsetjenesten at det tar for lang tid med pålogging i EPJ (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010). Dette medfører i tillegg til forsinkelser i arbeidet, mer bruk av muntlig og papirbasert informasjonsutveksling (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010).

En utfordring for sykepleiere innenfor hjemmesykepleie, kan være at de ikke har tilgang til informasjon via pasientens journal ute i pasientens hjem (Melby og Hellesø, 2008). En av informantene fra et av hjemmesykepleiedistriktene som er inkludert i prosjektet, trekker frem flere fordeler ved bruk av PDA som kilde til informasjon;

"PDA en bruker vi til å føre journal på, søke opplysninger på brukeren. Der ligger alt lagret; alle journaler og medisinfoylsninger og informasjon om pårørende. Også har jo vi felleskatalogen og litt forskjellige programmer vi kan bruke som hjelpemidler".

Undersøkelser viser at kun en av fire (25 %) kommuner benytter PDA, og at kommuner er tilbakeholdne med igangsetting av nye PDA prosjekter (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010).

De papirbaserte overflyttingsrapportene som pr. i dag sendes med pasienten fra de fire deltjenestene er både elektroniske og håndskrevne (jfr. pkt.6.3.3). De kan i tillegg variere i forhold til innhold (jfr. pkt. 6.3.7) og struktur (jfr.pkt. 6.3.4). At det er variasjon i kvalitet og innhold i informasjon (Hustey og Palmer, 2010), og at en del av informasjonen kun utveksles muntlig (Moen et al., 2008) er en kjent utfordring innenfor helsetjenesten. Ukonsistent, unøyaktig og ufullstendig informasjon, vil representere en stor risikofaktor i forhold til informasjonskvalitet og sikkerhet (Alter, 2006).

Et standardisert overflyttingsdokument kan bidra til en vellykket kommunikasjon av relevant informasjon (LaMantia et al., 2010). Ved å standardisere relevant informasjon og sende det elektronisk, vil helsepersonell få tilgang til relevant informasjon på en lettere og hurtigere måte (Melby og Hellesø, 2010). Det har blitt lagt mye arbeid i å utvikle et internasjonalt klassifikasjonssystem som støtte i dokumentasjon av sykepleie i EPJ. Det har i tillegg blitt lagt mye arbeid i å utvikle standarder for forsendelse og utveksling av informasjon mellom informasjonssystemer. Det har imidlertid ikke blitt lagt like mye vekt på standardisering av innholdet i de elektroniske utskrivings/overflyttingsmeldinger som utveksles mellom sykehus og kommunene (Hellesø et al., 2004). En vellykket innføring av elektroniske PLO meldinger vil forutsette at informasjonen er standardisert, strukturert og integrert i EPJ (Moen et al., 2008; Hustey og Palmer, 2010). Winthereik og Vikkelsø (2005) hevder imidlertid at for stor grad av standardisering i overflyttingsmeldinger, kan medføre at dokumentet blir mer et organisatorisk verktøy for koding og revisjon fremfor et klinisk verktøy eller 'bridging device'. Å lage en felles standardisert overflyttingsrapport (melding) for to virksomhetsområder med ulike perspektiver og mål for helsetjenesten, trekkes i tillegg frem som en mulig utfordring før innføring av elektronisk meldingsutveksling (Moen et al., 2008).

For at sykepleiernes elektroniske informasjonsutveksling skal bli mest mulig konsistent, nøyaktig, fullstendig og sikker, vil en viktig forutsetning være at det foreligger informasjon som formelle retningslinjer og rutiner for dokumentasjon, informasjonsutveksling og internkontroll (Alter, 2006; Melby og Hellesø, 2008; Skavik et al., 2011).

En av nøkkelinformantene innenfor hjemmesykepleien uttrykker at enkelte pasienter mottar få tjenester, og at det dermed ikke foreligger nok informasjon om dem ved akutt innleggelse. Familiemedlemmer blir da en viktig informasjonskilde for pasienten (Rydeman og Törnkvist, 2006; Iversen et al., 2010). Helsemyndighetene legger opp til at leverandører av helse- og omsorgstjenestene og pasientene selv skal medvirke til utvikling og økning av kontinuitet i pasientomsorg og behandling innenfor helse- og omsorgstjenesten (Hellesø et al., 2004). I følge pasientrettighetsloven § 2-5 (Pasientrettighetsloven, 2001) har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjeneste rett til å få utarbeidet individuell plan (Sandvand og Vabo, 2007). Det hevdes at utviklingen av personlige journaler/individuelle planer mulig kan kompensere for 'gap' i informasjonsutvekslingen mellom helsearbeidere og bidra til å sikre tilstrekkelig informasjon gjennom hele pasientforløpet (Hellesø et al., 2005; Moen et al., 2008). Undersøkelser viser imidlertid at kun 21 % av Norske kommuner har opprettet webbaserte løsninger for individuell plan (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010). Nøkkelinformantene i prosjektet nevnte ikke bruk av individuell plan som del av informasjonsutvekslingen i deres kommune.

6.4.4 Teknologi

Som del av vurderingen av en virksomhets handlinger og prosesser, må man se på hva slags 'hardware' og 'software' som er tilgjengelig, og dets funksjonelle kapasitet, brukervennlighet, reliabilitet, kompatibilitet og vedlikeholdsmuligheter (Alter, 2006). Før man etablerer elektronisk samhandling bør kommunen derfor sikre seg at teknologiske forutsetninger er på plass. En viktig teknologisk forutsetning er at EPJ systemene blir fullt utnyttet (Melby og Hellesø, 2008).

To ulike EPJ systemer benyttes av de to kommunene som har vært inkludert i prosjektet. Da informantene blir spurt om de har noe å tilføye som det ikke er stilt spørsmål om, uttrykker den ene informanten frustrasjon over funksjonaliteten til dagens EPJ system på følgende måte;

"I som vi bruker nå, så er det stadig eller alltid feil i det. For eksempel når du jobber med diagnose og du registrerer nytt preparat, plutselig kommer det dobbelt opp på legemiddelkortet. Det er ikke bare det, det er jo stadig feil. Jeg tror mange har problemer med dette systemet. Det er ganske tungvindt for oss, det blir mye jobb også. Vi får beskjed om at de jobber med det fortsatt. Det kan ta tid. Det er ikke så veldig effektivt".

Den samme informanten forteller om at kompatibilitetsproblemer pr. i dag kompliserer mottak av elektroniske medisinlister fra fastleger. Manglende kompatibilitet mellom eksisterende og ny teknologi er en kjent utfordring ved innføring av ny informasjonsteknologi i helsevesenet (Harrison et al., 2011). Innenfor det samme EPJ systemet har de i tillegg hatt problem med innføring av elektronisk pleieplan/behandlingsplan. Dette har medført at de har måttet gå tilbake til papirbasert igjen inntil de tekniske problemene er løst. At man fortsatt må operere med papirversjon (paper persistence) av behandlingsplanen, er en kjent konsekvens der det er problemer med å integrere nye informasjonssystemer med eksisterende systemer (Harrison et al., 2011). Manglende funksjonalitet av helseinformasjonssystemer kan medføre at helsepersonell benytter såkalte 'workarounds', ved å lage egne tilpassede løsninger og rutiner (Harrison et al., 2011).

Informantene ved kommune X uttrykker mindre tilfredshet med deres EPJ system enn informantene ved kommune Y. Sykepleiere innenfor kommunehelsetjenesten erfarer i større grad enn sykepleiere ved sykehus at deres system er tregt, og at man opplever å bli hindret i arbeidet fordi det er feil med EPJ systemet (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010). En utfordring synes å være at funksjonaliteten til EPJ system oppfattes forskjellig av brukere. Noen brukere kan oppleve EPJ som et godt verktøy, mens andre kan oppleve EPJ som problematisk å bruke (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010), og at informasjonen i systemet er fragmentert og lite oversiktlig (Melby og Hellesø, 2008). Enkelte helsepersonell kan oppleve stor grad av standardisering i EPJ som en trussel i forhold til egen autonomi, og boikotte disse ved heller å benytte fritekst (Harrison et al., 2011).

I tillegg til at sykepleiernes dokumentasjonsverktøy bør være funksjonelle og tilpasset praksis, er en viktig forutsetning at sykepleierne har god tilgang på maskinvare (Sandvand og Vabo, 2007; Harrison et al., 2011). En kjent utfordring før innføring av elektronisk meldingsutveksling er mangel på EPJ informasjon i pasientens hjem (Melby og Hellesø, 2008). Kun 25 % av Norske kommuner benytter PDA (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010). En informant trekker frem at PDA er et nyttig verktøy (jfr. pkt. 6.4.3), men at systemet har enkelte svakheter i forkant av innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger;

”Det hadde vært en kjempefordel om vi kunne skrive e link fra PDA en. Men det vet jeg jo ikke kommer til å være mulig. For slik det er nå, så kan du ikke hente opp e linker fra PDA en. Så det er noen svakheter med det systemet enda, selv om det er på vei til å bli bedre da, synes jeg”.

På grunn av teknologiske utfordringer og tidsnød er det en vanlig tendens å utsette og samle opp dokumentasjonsarbeidet (Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP), 2010; Harrison et al., 2011). Dette bekreftes av informant fra hjemmesykepleien;

”Systemet (dagens informasjonsutveksling) fungerer dårlig fra vår side, det gjør jo det. Det er vel fordi at utstyret mangler litt føler jeg, at man skulle hatt muligheten til å kunne gjøre ting mer skriftlig fra PDA en. Fordi at når man får sånne akutte innleggelser, så bruker du masse ekstra tid på det som ikke er estimert på listene. Dermed får du enda dårligere tid til de du skal besøke senere, og dermed får du kanskje ikke mulighet til å kontakte sykehus eller sende noe skriftlig før vakta er ferdig egentlig. Du har ikke anledning til å reise inn på kontoret for å ordne det”.

Å utsette dokumentasjonsarbeidet kan medføre unøyaktig og ufullstendig journalføring (Harrison et al., 2011). Forsinket informasjonsutveksling med sykehuset vil i tillegg kunne gå ut over pasientsikkerheten (Harrison et al., 2011).

At det av mangel på annen teknologi pr. i dag benyttes teknologi som faks og e-post til utveksling av pasientopplysninger, kan utfordre virksomhetens innrettelse etter normer for informasjonssikkerhet (Helsedirektoratet, 2010). Bruk av telefon som verktøy for informasjonsutveksling vil i tillegg utfordre sykepleiernes dokumentasjonsplikt, dersom ikke utvekslet informasjon blir journalført i etterkant (Moen et al., 2008).

Før man etablerer elektronisk samhandling bør kommunen sikre seg at en del teknologiske forutsetninger er på plass. Foruten full utnyttelse av EPJ systemet i kommunehelsetjenesten, vil kommunen måtte etablere og sikre kommunikasjonslinjen som skal benyttes i samhandlingen (Melby og Hellesø, 2008). I forbindelse med oppstart med elektronisk samhandling i kommunene, har Helsedirektoratet gitt ut en veileder som blant annet omhandler tekniske forberedelser. Forberedelsene innebærer etableringen av samhandlingsarkitektur, standarder og rammeverk for elektronisk meldingsutveksling, meldingstjener, tilknytning til NHN og adresseregister, og anskaffelse av virksomhetssertifikat. (Skavik et al., 2011).

Ut fra Alter (2002, 2006) sin teori vil innføring av teknologi kunne gjøre det enklere å utveksle informasjon, og øke effektiviteten i utarbeidelse og forsendelse av overflyttingsrapporter. Det foreligger på samme måte en forventning blant helsepersonell om at innføring av elektronisk meldingsutveksling vil gjøre utveksling av informasjon mellom institusjoner/virksomheter enklere, og forbedre kvaliteten og kontinuiteten av omsorg og behandling (Hellesø et al., 2004). Informasjonsteknologi presenteres således som et viktig middel for å motvirke fragmentering av helsetjenester ved å bidra til bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling. Implementering av informasjonssystemer kan imidlertid bli oppfattet som en trussel til etablerte arbeidsrutiner for helsepersonell innenfor organisasjonen (Hellesø et al., 2005). Innføring av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger vil i tillegg til tekniske forutsetninger, derfor kreve at organisatoriske forutsetninger er på plass (Melby og Hellesø, 2008; Skavik et al., 2011). Den aller viktigste organisatoriske forutsetningen anses å være forankring hos alle berørte parter innenfor virksomheten (Alter, 2006; Melby og Hellesø, 2008; Skavik et al., 2011).

7.0 METODISKE VURDERINGER

7.1 Forskerrollen og påvirkning under undersøkelsen

Samarbeidsprosjektet med SSHF har bestått av to prosjekt; Kartlegging av informasjonsutveksling fra sykehuset til kommunen, og kartlegging av informasjonsutveksling fra kommunen til sykehuset. Da prosjektansvarlig arbeider ved SSHF ble det tatt et valg om å foreta kartlegging i forhold til kommunen. Manglende kjennskap til arbeidsplassene eller sykepleierne det skulle forskes på ble ansett som en fordel, i forhold til å kunne være objektiv og ikke la sin egen forforståelse påvirke resultatene. Man vil ellers som utenforstående i mindre grad kunne påvirke informantene eller deres svar (Johannessen et al., 2010). Et kjennskap til feltet kunne imidlertid vært en mulig "døråpner" og motivert flere til å delta i spørreundersøkelsen (Johannessen et al., 2010).

Prosjektansvarlig valgte å bygge sin forforståelse på forskningsbasert kunnskap fremfor egne erfaringer og oppfatninger. Det var viktig å sette seg grundig inn i forskning og teori, samtidig som det var viktig å ha en åpen tilnærming til feltet (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010).

Intervju er en relasjon mellom to deltakere, hvor informasjonen som kommer ut av intervjuet vil avhenge av denne relasjonen (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Informantene i prosjektet fikk selv velge tid og rom for intervjuene. Dette skapte en avslappet og trivelig atmosfære uten forstyrrelser fra annet helsepersonell. Det ble tilstrebet å vise genuin interesse og opptre nøytral i intervjusituasjonen. Det var viktig å holde fokus, og på en profesjonell og høflig måte sørge for at alle spørsmålene ble besvart.

Forskerrollen innebærer å sørge for full anonymitet og konfidensialitet for sine informanter. Forskningsarbeidet ble derfor utført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (Slettebø, 2010; Forskningsetiske komiteer, 2011).

Samtykkeerklæring, navn og kontaktinformasjon fra informanter ble overlevert veileder og innelåst i brannsikkert skap etter at intervjuene var gjennomført. Personlig kontaktinformasjon fra informantene er senere blitt makulert. Anonymitet og konfidensialitet har ellers blitt opprettholdt ved ikke å benytte navn på de ulike deltjenestene eller kommunene i oppgaven.

Da det var fare for at de ulike kommunene kunne blitt identifisert ut fra hvilket EPJ system de benyttet, ble EPJ system generelt ikke omtalt i oppgaven eller benyttet i omtale av de enkelte deltjenestene. Navn på EPJ system er i tillegg utelatt fra sitater i oppgaven. Av hensyn til informantene er ellers deler av intervjuer eller sitater med mulig sensitivt innhold utelatt fra oppgaven.

7.2 Verifisering

Verifisering er i følge Morse et al. (2002) de kontrollerende og bekreftende mekanismer man benytter gjennom forskningsprosessen for å sikre pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og strenge rammer for et forskningsprosjekt. Enten det gjelder kvalitative eller kvantitative studier må man i følge Morse et al. (2002) benytte spesifikke verifiserings strategier for å sikre reliabilitet og validitet. Man må uansett paradigme undersøke, sjekke, stille spørsmål ved og å teoretisere.

7.2.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet betyr pålitelighet, og er i følge Johannessen et al. (2010) knyttet til nøyaktigheten av dataene i en undersøkelse, hvilke data som benyttes, og måten dataene samles inn på og bearbeides.

Validitet betyr gyldighet eller datas relevans, og handler i følge Johannessen et al. (2010) om hvor godt data representerer fenomenet (begrepsvaliditet). Det handler i tillegg om egnethet/relevans (intern validitet) ved de indikatorer/variabler vi har valgt (operasjonalisering) for det vi ønsker å måle (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Er utvalget representativt for populasjonen (ytre validitet)? Kan funn overføres til andre settinger eller grupper? (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010).

Under verifisering av prosjektet vil begrepet troverdighet (trustworthiness) bli benyttet. Dette er et samlebegrep for reliabilitet og validitet (Morse et al., 2002; Graneheim og Lundman, 2004; Polit og Beck, 2010).

7.2.2 Tematisering

For å tilegne seg bakgrunnsinformasjon om valgt tema ble det gjennomført en grundig problemanalyse (jfr. pkt. 2.0). Da samhandling og informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus i utgangspunktet innebærer

toveiskommunikasjon og representerer et vidt felt av aspekter, var det viktig å foreta avgrensninger i forhold til hva som var relevant (validitet) å ha fokus på i forhold til valgte tema og problemstilling. Fokus for kartlegging og analyse av dagens praksis for informasjonsutveksling skulle være enveiskommunikasjon fra kommunen til sykehus. Prosjektet skulle ha et organisatorisk fremfor et individuelt perspektiv, selv om brukeraksept for teknologi indirekte ville inngå som et aspekt i oppgaven. Sykepleiedokumentasjon måtte på samme måte indirekte inngå i oppgaven, uten at dette skulle utgjøre hovedfokus i prosjektet. Det ble således gjort et kontinuerlig verifiseringsarbeid underveis i prosjektet for å holde fokus på valgt tema og problemstilling.

Da mye har skjedd det siste tiår innenfor informasjonsutveksling, ble det tilstrebet å benytte seg av nyere litteratur på dette området. Det ble imidlertid benyttet eldre litteratur ved begrepsavklaringer og forskningsmetode. Innenfor feltet informasjonsutveksling og sykepleiedokumentasjon er det ellers flere forfattere som går igjen. Dette viser seg gjennom flere referanser fra de samme forfatterne.

7.2.3 Metoder og verktøy for datasamling

Forskningsspørsmål og problemstilling (1) for prosjektet var ut fra oppdrag fra SSHF delvis satt; *"Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved (akutt) innleggelse av pasienter i sykehus?"*. At det er samsvar mellom forskningsspørsmål og valgt metode er viktig for sikring av troverdighet (Morse et al., 2002; Graneheim og Lundman, 2004; Johannessen et al., 2010). Design og metode for dette prosjektet var på forhånd delvis gitt av SSHF, da de gjennom en baselineundersøkelse ønsket å kartlegge hvordan informasjonsutvekslingen foregår pr. i dag. At dataene skulle benyttes ved en oppfølgende undersøkelse for å måle eventuelle effekter ved innføringen av elektroniske PLO meldinger, la føring på at det skulle benyttes en kvantitativ metode og et deskriptivt design (jfr. pkt. 5.2).

Da et forskningsprosjekt skal være problemorientert, ble det utover et rent deskriptivt design valgt å foreta en evaluering for å identifisere eventuelle utfordringer ved dagens praksis. Dette er bakgrunn for valg av problemstilling nr. 2; *"Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger?"*. Det var nødvendig å benytte en todelt problemstilling for å

kunne besvare hovedproblemstillingen fra SSHF, og samtidig tilfredsstillte krav til et problemfokuseret prosjekt som bidro med ny forskningsbasert kunnskap.

For å kunne gi en mest mulig troverdig besvarelse av den todelte problemstillingen, ble det benyttet en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Troverdigheten vil avhenge av hvor godt data og analyse samsvarer med valgt problemstilling (Graneheim og Lundman, 2004). Det var derfor viktig å finne meningsenheter og kategorier som best mulig kunne gi svar på prosjektets todelte problemstilling. For å kunne kategorisere informasjonsutveksling og operasjonalisere variabler til et felles spørreskjema, ble det i første omgang valgt å finne indikatorer i forhold til valgt teoretisk rammeverk (jfr. pkt. 3.0). Viktige indikatorer ble funnet i forhold til komponentene; handlinger og prosesser (arbeidsflyt og informasjonsflyt), tjenesteytere, informasjon og teknologi (jfr. pkt. 4.0), som ble relatert til vitenskapelig litteratur innenfor valgt problemstilling.

For å få et bilde av kompleksiteten og variasjonen i informasjonsutvekslingen ved hjemmesykepleiedistrikt og institusjon, ble det videre innhentet kvalitetsdata gjennom intervjuer med nøkkelinformanter fra hver av de fire deltjenestene (Delprosjekt 1). Steven Alter sitt 'work system snapshot' (2012) ble benyttet til å systematisere dataene fra intervjuene i forhold til hovedkategorier/meningsenheter i valgte rammeverk. Meningsenhetene ble videre redusert til mindre meningsenheter/subkategorier (jfr. pkt. 5.5.3). Teori, forskning og data fra intervjuer dannet grunnlaget for operasjonalisering av spørsmål (variabler) til datasamlingsverktøyet/spørreskjemaet i hovedprosjektet (Delprosjekt 2).

For å kontrollere om spørsmålene var passende for begge deltjenestene, ble spørreskjemaet testet ut på sykepleiere ved deltjenester som ikke var inkludert i prosjektet. Ordlyden i et av spørsmålene ble korrigert etter anbefaling fra en av sykepleierne.

Da dette prosjektet skulle danne grunnlag for en oppfølgende undersøkelse, var det viktig å utarbeide et datasamlingsverktøy av høy kvalitet. Det var i tillegg viktig å gi en grundig beskrivelse av arbeidet med spørreskjemaet og gjennomføringen av undersøkelsen, slik at det enkelt kan gjøres en "retest" (Johannessen et al., 2010). Prosjektansvarlig mener å ha sikret kongruens/samsvar mellom valgte forskningsmetoder og forskningsspørsmål (Morse et al., 2002). Det er likevel grunn til

å tro at troverdigheten av funn fra undersøkelsen kunne blitt bedre dersom det hadde vært benyttet et eget spørreskjema for respondentene ved hjemmesykepleiedistriktene og institusjonene. Ved å benytte mer spesifikke indikatorer, hadde sjansen for at respondenter svarte blankt på enkelte spørsmål mulig vært mindre.

7.2.4 Utvalg

Utvalget av aktuelle kommuner, hjemmesykepleiedistrikt og institusjoner var på forhånd satt av oppdragsgiver. Prosjektansvarlig satt imidlertid kriterier når det gjaldt utvalget av nøkkelinformanter, ved strategisk å velge ut informanter som satt med mest erfaring/kunnskaper om nåværende praksis for informasjonsutveksling (jfr. pkt. 5.3). Kun en nøkkelinformant fra hver av de fire deltjenestene ble intervjuet. Det ideelle hadde vært å gjennomføre flere intervjuer ved både hjemmesykepleie og institusjon, for å sikre replikasjon, fullstendighet og troverdighet av innhold fra intervjuene (Morse et al., 2002; Graneheim og Lundman, 2004). På bakgrunn av prosjektets tidsramme ble det valgt å begrense antall informanter. Prosjektansvarlig valgte å stole på at de fire nøkkelinformantene, teori og vitenskapelig litteratur ville danne grunnlag for å finne gode meningsenheter og indikatorer til utarbeidelse av et felles spørreskjema.

Utvalget av respondenter til spørreundersøkelsen besto kun av sykepleiere, da disse sto formelt ansvarlig for informasjonsutveksling ved innleggelse av pasienter i sykehus. Da sykepleiere utgjør et mindretall av helsepersonell innenfor kommunehelsetjenesten ble antall respondenter svært begrenset. Troverdighet til spørreundersøkelsen vil således påvirkes av antall respondenter og svarprosent (Johannessen et al., 2010).

Det viste seg gjennom undersøkelsen at annet personell av og til må ta ansvar for informasjonsutveksling. Da dette kun forekommer av og til ville det ikke vært hensiktsmessig å inkludere annet helsepersonell i undersøkelsen. Da det er usikkert om annet helsepersonell har tilstrekkelig kjennskap til dagens praksis for informasjonsutveksling, hadde en inklusjon medført en risiko for flere blanke svar og lavere kvalitet på innsamlede data.

7.2.5 Bearbeiding og presentasjon av data

Prosjektansvarlig transkriberte selv intervjuene og bearbeidet dataene fra spørreundersøkelsen i dataprogrammet SPSS (Johannessen et al., 2010). En fordel ved å utføre dette arbeidet selv, er at man får en nærhet til og mer oversikt over dataene.

Fordeling av respondenter i forhold til kommune og deltjeneste var anonymisert gjennom spørreskjemaet. For å få frem verdier for de enkelte deltjenestene måtte det i etterkant lages egne kategorier (Johannessen et al., 2010) for de enkelte deltjenestene. Dataene ble dobbeltsjekket underveis for å unngå feil eller mangler i datamatriksen.

Bestillingen fra oppdragsgiver var en beskrivelse av dagens situasjon (baselinedata) ved fire deltjenester. Prosjektets problemstilling og dets begrensede utvalg av respondenter, la opp til bruk av deskriptiv statistikk som frekvens og gjennomsnittsverdier. For å få en oversikt over svarene ved de fire deltjenestene måtte det i tillegg benyttes krysstabeller. Bruk av mer avanserte analyser hadde ikke samsvar med problemstillingen eller det begrensede utvalget og kunne således påvirket troverdigheten til prosjektet.

Troverdighet til et prosjekt vil i følge Graneheim og Lundman (2004) øke dersom funn presenteres på en måte som tillater leseren å lete etter alternative tolkninger. Det er derfor valgt å presentere noen tabeller i sin helhet. Samtlige resultater er i tillegg vedlagt (Vedlegg nr.13). For best mulig presentasjon av deskriptive data er det valgt å lage egendefinerte tabeller fremfor å benytte tabeller fra SPSS. I foreliggende tabeller bør prosentvis fordeling ses i forhold til antall respondenter, da angivelse i prosent ellers kan virke unaturlig høyt (Johannessen et al., 2010). For å gi et mest mulig troverdig svar på problemstillingen, er det i tillegg til deskriptive data fra undersøkelsen benyttet sitat fra intervjuer og data fra innhentede dokumenter.

I følge Morse et al. (2002) er det viktig for troverdigheten til et prosjekt at det tenkes teoretisk, ved å plassere data i forhold til aspekt/kategorier av en helhet. Aspekter fra intervjuene og dataene fra spørreundersøkelsen er ut fra valgt teoretisk fundament plassert i forhold til de fire viktigste kategoriene i Steven Alter (2006) sitt 'Work System Framework': handlinger og prosesser, tjenesteytere, informasjon og teknologi

(jfr. pkt. 4.0). Funn er i tillegg vurdert og underbygget i forhold til vitenskapelig litteratur.

Troverdighet av funn vil i tillegg handle om hvor godt kategoriene og temaene dekker data (Graneheim og Lundman, 2004). Prosjektansvarlig har forsøkt å unngå bruk av irrelevante data og plassert relevante data ut fra valgte kategorier i teoretisk rammeverk (jfr. pkt. 4.0). Ut fra et systemperspektiv (jfr. 3.1) vil de valgte kategoriene kunne gå noe inn i hverandre. Informasjon kan være et produkt av behandling av informasjon (jfr. pkt. 4.1.2), og PDA kan representere tilgang til informasjon og et verktøy for fremtidig informasjonsutveksling. For å oppnå størst mulig grad av troverdighet er det foretatt en konsekvent plassering av data innenfor de ulike kategoriene. Prosjektansvarlig har tilstrebet at dataene og dataanalysen samsvarer med valgte problemstilling, ved å presentere funn fra prosjektet i forhold til å gi svar på masterprosjektets todelte problemstilling.

7.2.6 Generalisering/Overførbarhet

Troverdighet til et prosjekt vil inkludere spørsmålet hvorvidt funn kan generaliseres eller overføres til andre settinger og grupper (Johannessen et al., 2010; Polit og Beck, 2010). Det begrensede utvalg av respondenter i dette prosjektet medfører at resultatene ikke kan anses som representative for hele populasjonen av sykepleiere innenfor kommunale deltjenester. Dataene kan likevel gi et bra bilde av dagens praksis for informasjonsutveksling ved de utvalgte deltjenestene. En del av dataene lar seg i tillegg bekrefte gjennom vitenskapelig litteratur.

8.0 AVSLUTNING

For at kommunen skal lykkes med innføring av elektronisk samhandling med sykehuset, er det viktig at kommunen gjør forberedelser internt, både knyttet til organisasjon og teknologi (Melby og Hellesø, 2008). Hovedhensikten med dette prosjektet har vært å foreta en kartlegging av allerede eksisterende rutiner og retningslinjer i kommunen, før innføring av elektroniske PLO meldinger. I tillegg er det foretatt en identifisering av viktige utfordringer ved dagens praksis. Prosjektansvarlig håper med dette arbeidet å kunne bidra til at både individuelle, organisatoriske og teknologiske forhold kan legges til rette for en vellykket innføring av elektroniske PLO meldinger i kommunen.

8.1 Oppsummering og konklusjon

Gjennom prosjektets kartlegging og analyse av dagens praksis for informasjonsutveksling, får man en bekreftelse på at man bør se på informasjonsutveksling ut fra et systemperspektiv (jfr. pkt. 3.1). Arbeidsflyt og informasjonsflyt (handlinger og prosesser) i forbindelse med dagens informasjonsutveksling, vil avhenge av tjenesteyternes individuelle ressurser, motivasjon og engasjement, organisatorisk tilrettelegging, tilgang til informasjon og teknologi. Vi får i tillegg en bekreftelse på Alter (2006) sin teori (jfr. pkt. 3.0) om at de ulike komponentene virker inn på hverandre og bør være i balanse. I tillegg vil eksterne faktorer som kommunens ressurser og strategier, infrastruktur og samarbeidspartnere, indirekte virke inn på sykepleiernes informasjonsutveksling.

Når det gjelder tjenesteyterne sine kunnskaper, har ikke alle fått opplæring i forhold til formelle retningslinjer for informasjonsutveksling. De fleste respondentene i undersøkelsen svarer likevel at de har kjennskap til faglig og juridisk ansvar for informasjonsutveksling. Det forekommer på tross av dette bruk av håndskrevet og muntlig informasjonsutveksling. Nøkkelinformanter rapporterer om begrensede IKT kunnskaper, og at det er en utfordring for flere sykepleiere å dokumentere elektronisk i EPJ. At brukerne får tilstrekkelig opplæring for å ta i bruk EPJ fullt ut, anses å være en av hovedforutsetningene for å lykkes med innføring av elektronisk samhandling (Melby og Hellesø, 2008).

Sykepleiernes arbeidsprosesser, motivasjon og engasjement vil påvirkes av organisatoriske forhold og ressurser. At sykepleiere utgjør en mindre andel av

helsepersonell i kommunehelsetjenesten, synes å utfordre de formelle bestemmelser om ansvarsforhold i forhold til informasjonsutveksling ved de fire deltjenestene. Det uttrykkes ellers frustrasjon over dagens teknologi, heriblant funksjonaliteten til dagens EPJ system og PDA, og mangel på elektronisk samhandling med sykehuset. En viktig forutsetning for en vellykket innføring av elektronisk samhandling er at leder tar ansvar for etablering av systemer for ytterligere opplæring i forhold til bruk av EPJ, og etablerer strategier og retningslinjer i forhold til bruk av systemet (Melby og Hellesø, 2008). Forankring hos både ledere og brukere anses som svært viktig for å lykkes med prosjektet (Melby og Hellesø, 2008; Skavik et al., 2011).

Når det gjelder sykepleiernes tilgang på informasjon om formelle retningslinjer, viser funn fra undersøkelsen at ikke alle kjenner til om informasjonsutveksling foregår ut fra formelle retningslinjer. Det foreligger både formelle og uformelle retningslinjer og rutiner for informasjonsutveksling ved deltjenestene. Innhold og ansvarsfordeling i eksisterende formelle retningslinjer varierer. Hvorvidt det foreligger formelle retningslinjer i forhold til sykepleiernes journalføring eller standardisering av innholdet i overflyttingsrapporter er usikkert. Undersøkelsen viser at struktur kan variere både i forhold til håndskrevne og elektroniske overflyttingsrapporter. Mangel på formelle retningslinjer og standardisering i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling, representerer en utfordring i forhold til konsekvent og felles praksis for informasjonsutveksling (Alter, 2006). En vellykket innføring av elektroniske PLO meldinger vil forutsette at informasjonen er standardisert, strukturert og integrert i EPJ (Moen et al., 2008; Hustey og Palmer, 2010)

Undersøkelsen viser at mangel på teknologi som EPJ i hjemmet og manglende funksjonalitet av EPJ/PDA, medfører at informasjonsutveksling til sykehuset foregår muntlig og i papirformat. Manglende funksjonalitet av eksisterende teknologi, medfører i tillegg bruk av teknologi som faks, e-post og telefon. Før kommunen etablerer elektronisk samhandling med sykehuset, er det derfor en del teknologiske forutsetninger som bør være på plass, heriblant funksjonalitet og full utnyttelse av EPJ (Melby og Hellesø, 2008).

At helsepersonell har ulike ferdigheter i å dokumentere i EPJ, og at form, struktur og innhold i dagens informasjonsutveksling varierer er en kjent utfordring. Prosjektet har likevel resultert i ny kunnskap på andre områder. Prosjektet har avdekket at

informasjonsutveksling fra enkelte kommunale deltjenester til sykehus foregår kun ut fra uformelle rutiner. Foreliggende formelle retningslinjer i forhold til innleggelse av pasienter i sykehus, kan variere både i struktur og innhold innenfor samme kommune. Kun en av tre formelle retningslinjer inkluderte avvikshåndtering. Ansvarsfordeling i forhold til informasjonsutveksling er pr. i dag noe uklart.

At mangel på teknologi medfører bruk av ulike metoder for informasjonsutveksling er kjent. Prosjektet har imidlertid avdekket funksjonalitets- og kompatibilitetsproblemer i forhold til dagens EPJ system og PDA, som vil ha stor betydning i forhold til å lykkes med innføring av elektroniske PLO meldinger.

8.2 Anbefalinger videre

En vellykket innføring av elektroniske PLO meldinger i kommunen bør kunne vise seg gjennom effekter på arbeidsflyt og informasjonsflyt ved sammenlikning av baselinedata presentert i oppgaven. Man bør ved en oppfølgende spørreundersøkelse kunne forvente høyere gjennomsnittsskår ved bruk av både elektronisk link til sykehuset og PDA, og en tilsvarende lavere skår ved bruk av telefon, konvolutter, faks og e-post (jfr. pkt. 6.3.2). Ettersendelse av informasjon (jfr. pkt. 6.3.1) bør forekomme sjelden eller aldri. Man bør i tillegg kunne forvente seg høyere skår ved former for informasjonsutveksling (jfr. pkt. 6.3.3) som forsendelse av elektronisk utarbeidede journalnotater, og tilsvarende lavere skår ved håndskrevne notat, medisindosett og muntlig informasjon. Elektroniske og eventuelle håndskrevne overflyttingsrapporter bør være strukturert etter predefinerte områder.

En klargjøring av ansvarsforhold og innføring av nye formelle retningslinjer som gjøres kjent for de ansatte, vil være en forutsetning for en konsekvent og felles praksis for elektronisk utveksling av PLO meldinger. Det viktigste arbeidet vil sannsynligvis være å sørge for tilrettelegging og opplæring for full utnyttelse av et funksjonelt EPJ system, og skape motivasjon og engasjement hos ledere og ansatte i forhold til etablering av elektronisk samhandling.

8.2 Evaluering av prosjektarbeidet

8.2.1 utfordringer underveis

Prosjektansvarlig opplevde at kontaktpersonene som ble oppgitt av oppdragsgiver hadde fått begrenset eller ingen informasjon på forhånd. En av kontaktpersonene formidlet at hun ikke ønsket at hennes deltjeneste skulle delta i prosjektet.

Tjenestekontoret innenfor gjeldende kommune måtte kontaktes for å få oppgitt en ny deltjeneste og kontaktperson.

Det faktum at kontaktpersoner ved deltjenestene hadde lederansvar skapte et dilemma der hvor enkelte av disse selv valgte å være nøkkelinformant. Det kan tenkes at en leder velger å gi svar ut fra hva som er best praksis, noe som kan medføre at intervjuer mottar feilaktige opplysninger. Da kontaktpersonene selv var sykepleiere og delvis inngikk i pleien, ble de likevel akseptert som nøkkelinformanter. Prosjektansvarlig valgte å se på informasjon fra nøkkelinformanter med blandet ansvar som en mulighet til å få et mer nyansert bilde av dagens praksis. Å benytte kontaktpersoner som nøkkelinformanter medførte imidlertid utfordringer i forhold til sletting av kontaktinformasjon etter gjennomført intervju, i henhold til forskningsetiske retningslinjer.

En av kontaktpersonene kunne ikke være tilstede den dagen skjemaene skulle deles ut, hvorpå det ble oppgitt en annen person som skulle påta seg å dele ut skjemaene. Dette skapte utfordringer i forhold til at antall utdelte spørreskjemaer ikke stemte overens med hva kontaktpersonen hadde forespeilet. Dette kan ha virket inn på svarprosenten ved deltjenesten.

8.2.2 Kritikk til eget arbeid

På tross av grundig arbeid med utvikling og testing av spørreskjemaet, ser prosjektansvarlig i ettertid at enkelte spørsmål og svaralternativer kunne vært annerledes.

Når det gjelder spørsmål 5; Hvor ofte informasjon gis fra pasientens hjem/institusjon når pasienten blir innlagt, burde det ha vært skrevet "skriftlig" informasjon. Det vil i de fleste tilfeller gis muntlig informasjon. Man klarer imidlertid å få svar på dette spørsmålet gjennom data fra intervjuer og andre spørsmål i spørreskjemaet.

Da spørreskjemaet skulle kunne benyttes igjen senere for måling av eventuelle effekter, måtte elektronisk meldingsutveksling og PDA inkluderes som mulige verktøy for meldingsutveksling med sykehuset. Det er mulig dette har virket forvirrende på enkelte respondenter, da enkelte har svart at de pr. i dag benytter slikt verktøy til informasjonsutveksling med sykehuset.

Spørsmålene som omhandler struktur kan mulig virke noe komplisert for respondentene å svare på, da deltjenestene opererer med ulik praksis i forhold til bruk av elektronisk og håndskrevne overflyttingsnotat. Man kunne eventuelt bare ha spurt hvor ofte de elektroniske eller håndskrevne overflyttingsnotatene er strukturert etter predefinerte områder. Da hadde man imidlertid gått glipp av muligheten for å se hvorvidt det er samsvar eller konsistens i forhold til struktur på håndskrevne og elektroniske overflyttingsnotat (jfr. pkt. 6.3.4).

Da et begrenset antall respondenter har unnlatt å svare på enkelte spørsmål, burde det mulig vært inkludert "nøytrale" verdier som "vet ikke" eller "ikke aktuelt" som svaralternativ ved enkelte spørsmål. Det kan imidlertid tenkes at et eget spørreskjema for hjemmesykepleiedistriktene og institusjonene hadde vært enklere å besvare for respondentene, og således ville ha bidratt til færre ubesvarte spørsmål.

Respondentene ved deltjenestene med lavest svarprosent burde mulig vært gitt mer tid til utfylling av spørreskjemaet. Det kunne i tillegg vært lagt mer arbeid i å motivere sykepleierne til å delta i undersøkelsen. Det er imidlertid begrenset hva man kan få til innenfor tidsrammen til et masterprosjekt, samtidig med at man har arbeid og familie. Prosjektansvarlig velger derfor å se seg fornøyd med de undersøkelser som er gjennomført og foreliggende masteroppgave.

REFERANSER

Aanesen, M., Moilanen, M. og Olsen, F. (2010). Economic gains from electronic message exchange: The importance of working procedures. *International Journal of Medical Informatics*, 79(9), 658-667. doi:10.1016/j.ijmedinf.2010.06.004

Aanestad, M. og Olaussen, I. (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren: Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Trondheim: Tapir akademisk forl.

Alter, S. (2002). *Information systems: Foundation of e-business*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall/Pearson Education.

Alter, S. (2006). *The work system method: Connecting people, processes and it for business results*. Larkspur, Calif.: Work System Press.

Alter, S. (2010). Viewing systems as services: A fresh approach in the is field. *Communications of AIS*, 2009(26), 195-224

Alter, S. (2011). Hjemmeside. Hentet 25.01.12, fra <http://www.stevenalter.com/web/Welcome.html>

Alter, S. (2012). *Downloads: Work system snapshot*. Hentet 25.01.12, fra <http://www.stevenalter.com/web/Downloads.html>

Ammenwerth, E., Ulrich, M., Carola, I. og Ronald, E. (2003). Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: Results of a two-year study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1), 69

Bach, G. og Vatnøy, T. (red.). (2007). *Elektronisk pasientjournal (EPJ)*. Oslo: Conflux. (Medvirkning samhandling sikkerhet).

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: I samarbeid med Munksgaard.

Callen, J. L., Alderton, M. og McIntosh, J. (2008). Evaluation of electronic discharge summaries: A comparison of documentation in electronic and handwritten discharge summaries. *International Journal of Medical Informatics*, 77(9), 613-620. doi:10.1016/j.ijmedinf.2007.12.002

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. og Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 366-374. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x

Chen, Y., Brennan, N. og Magrabi, F. (2010). Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *International Journal of Medical Informatics*, 79(3), 167-172. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.12.006

Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549-555. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x

Coleman, E. A. og Boult, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x

Cook, R. I., Render, M. og Woods, D. D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*, 320(7237), 791-794. doi:10.1136/bmj.320.7237.791

Djamasbi, S., Fruhling, A. L. og Loiacono, E. (2009). The influence of affect, attitude and usefulness in the acceptance of telemedicine systems. *Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)*, 10(1), 41-58

Fagerli, L. B., Fossum, M. og Terjesen, S. (red.). (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i den elektroniske pasientjournalen*. Oslo: Conflux. (Medvirkning samhandling sikkerhet).

Forskningsetiske kommiteer. (2011). *Forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 01.07.11, fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Fugelsnes, E. (2010). Truende kommunikasjonssvikt, Hentet 22.06.11, fra <http://www.forskning.no/artikler/2010/september/265393/print>

Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press: Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Oslo.

Gjevjon, E. R. og Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1/2), 100-108. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x

Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grevjon, E. R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten: En foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*. Høgskolen i Gjøviks rapportserie.

Grönroos, E. og Perälä, M.-L. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 288-295. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00343.x

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. og McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219

Harrison, M. I., Koppel, R. og Bar-Lev, S. (2011). Unintended consequences of information technologies in health care: An interactive sociotechnical analysis. *Journal of American Medical Association (JAMIA)*, 14(5), 542-549

Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenesten: Evaluering av prosjektet etter og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (evuk)*.

Hellesø, R., Lorensen, M. og Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap - the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7-8), 569-580. doi:10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009

Hellesø, R., Sorensen, L. og Lorensen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11-12), 960-972. doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.010

Helsedirektoratet. (2010). *Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren*. Hentet 04.03.12, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norm-for-informasjonssikkerhet/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2011). *Helsedirektoratets rapport; handlingsplan 2011, meldingsløftet i kommunene 2010-2011*. Hentet 01.07.11, fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00333/Handlingsplan_for_M_333899a.pdf

Hofstad, G. E. og Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten: Gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF Helse, Hentet 10.11.11, fra <http://www.sintef.no/uploadpages/201389/A6364.pdf>

Huryk, L. A. (2010). Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 606-612. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01084.x

Hustey, F. M. og Palmer, R. M. (2010). An internet-based communication network for information transfer during patient transitions from skilled nursing facility to the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(6), 1148-1152. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02864.x

Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem: Idealer og realiteter *Vård i Norden*, 30(2), 14-17

Iversen, G. S., Naalsund, P., Rosland, J. H. og Von Hofacker, S. (2010). Emergency admissions from nursing homes to hospital at the end of life. . *Tidsskrift for den Norske Legerforening*, 130(17), 1721-1724

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.

Jefferies, D., Johnson, M. og Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kalseth, B. og Paulsen, B. (2008). *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis?: En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per*. Oktober 2008. SINTEF Helse. Hentet 12.08.11, fra <http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport%20A8640%20Samhandling.pdf>

Kirkeby, W. A. (red.). (2003). *Engelsk ordbok: Engelsk-norsk/norsk-engelsk*. (1). Oslo.

Kodner, D. L. og Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, Vol. 2(14 Nov 2002)

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. og Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831-841. doi:10.1001/jama.297.8.831

LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J. og Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 777-782. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02776.x

Ludwick, D. A. og Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *International Journal of Medical Informatics*, 78(1), 22-31. doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.06.005

Melby, L. og Hellesø, R. (2008). *Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten: Erfaringer fra fyrtårnsprosjektene*. Hentet 29.03.12, fra http://www.helsedialog.no/filestore/Sluttrapport_fyrt_rn_41069a.pdf

Melby, L. og Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 10, 1-9

Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., Mølsted, K. og Quivey, M. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.

Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. og Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2)

Munyisia, E. N., Yu, P. og Hailey, D. (2011). The changes in caregivers' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home. *International Journal of Medical Informatics*, 80(2), 116-126.
doi:10.1016/j.ijmedinf.2010.10.011

Mäenpää, T., Suominen, T., Asikainen, P., Maass, M. og Rostila, I. (2009). The outcomes of regional healthcare information systems in health care: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 78(11), 757-771.
doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.07.001

Møller, G. og Flermoen, S. (2010). *Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra midt-telemark*. Telemarkforskning. Hentet 12.08.11, fra <http://www.tmforskbo.no/publikasjoner/filer/1809.pdf>

Norsk Lovdata (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 08.11.11, fra <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html>

Norsk Lovdata (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Hentet 08.11.11, fra http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html&emne=forskrift%20%2b%20om%20%2b%20pasientjournal*&&

Norsk Lovdata (2001). *Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)*. Hentet 08.11.11, fra http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&

Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP). (2010). *EPJ monitor, årsrapport: Oversikt over utbredelse og bruk av ict i helsetjenesten*. Hentet 25.03.12, fra <http://hiwiki.idi.ntnu.no/images/c/c5/EPJ-monitor-2010-v1.2.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Sykepleie: Et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 28.11.11, fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 20.11.11, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>

NOU:2004:18. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 04.05.2012, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18.html?id=150699>

Paulsen, B. og Grismo, A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre.*: SINTEF Helse. Hentet 08.05.12, fra <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A7877>

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Prop. 91 L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 20.11.11, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>

Rahimi, B., Vimarlund, V. og Timpka, T. (2009). Health information system implementation: A qualitative meta-analysis. *J Med Syst*, 33, 359-368

Riiser, A. B. (2011). *Pop prosjekt: Pasientsikkerhet med fokus på legemiddelhåndtering*. Sørlandet sykehus HF.

Ry Nielsen, J. C. og Ry, M. (red.). (2002). *Annerledes tanker om leavitt: En klassiker i ny belysning*. København: Nyt fra Samfundsvitenskaberne.

Rydeman, I. og Törnkvist, L. (2006). The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: Experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1299-1307. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01379.x

Samspill 2.0. (2008). *Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013*. Helse- og Sosialdirektoratet. Hentet 20.11.11, fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00047/Samspill_2_0_-_strate_47719a.pdf

Sandvand, E. og Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien: En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Sandvoll Vee, T. og Hestetun, M. (2009). Struktur og rutinar, - naudsynte føresetnader for å sikre sjukepleiedokumentasjonen. *Vård i Norden*, 29(93), 50-52

Schabetsberger, T., Ammenwerth, E., Andreatta, S., Gratl, G., Haux, R., Lechleitner, G., m.fl. (2006). From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3-4), 209-215. doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.018

Skarsgaard, S. og Lyngstad, M. (2011). *Elin-k prosjektet, sluttrapport*. Norsk sykepleierforbund og KS. Hentet 22.04.12, fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/648346/ELIN-K%20SLUTTRAPPORT%20v%201.0.pdf>

Skavik, K., Jamedari, N. A., Holsve Ofigsbø, M., Ringstad Schultz, C., Petersen, K. og Normannseth, E. (2011). *Veiviser: Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen*. Helsedirektoratet. Hentet 17.04.2012, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiviser--hvordan-komme-i-gang-med-elektronisk-meldingsutveksling-i-kommunen/Publikasjoner/veiviser%e2%80%93hvordan-komme-i-gang-med-elektronisk-meldingsutveksling-i-kommunen.pdf>

Slettebø, Å. (2010). *Forskningsetikk*. Forelesning 9. September, 2010.

Sobolewski, S. M. S. N. R. N. (2011). The challenge of improving transitional care: Lessons learned in a home healthcare agency. *Home Healthcare Nurse* November/December, 29(10), 636-644

SSHF. (2009). *Oss – Overordnet strategisk samarbeidsutvalg for Sørlandet Sykehus HF (SSHF) og kommunene i aust-agder og vest agder, strategisk plan for perioden 2009-2012*: SSHF.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 19.11.11, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Store Norske Leksikon (2012a). Kommunikasjon. Hentet 11.05.12, fra <http://snl.no/kommunikasjon>.

Store Norske Leksikon (2012b). Samhandling. Hentet 11.05.12, fra <http://snl.no/samhandling>.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Gordon, B. D. og Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478

Vest, J., Zhao, H., Jaspersen, J., Gamm, L. og Ohsfeldt, R. L. (2011). Factors motivating and affecting health information exchange usage. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 18, 143-149

Winthereik, B. og Vikkelsø, S. (2005). Ict and integrated care: Some dilemmas of standardising inter-organisational communication. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 14(1), 43-67. doi:10.1007/s10606-004-6442-9

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2001). Norsk sykepleierforbund. Hentet 28.11.11, fra <http://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf>

VEDLEGG 1: Svar fra NSD

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28227

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrivet mottatt 07.10.2011 tilfredsstillende.

Innsamlede opplysninger registreres på pc i nettverk tilknyttet Internett tilhørende Stiftelsen Kirkeforskning.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Agder sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 08.05.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

VEDLEGG 2: Informasjon vedrørende deltakelse i prosjekt

**Informasjon vedrørende deltakelse i forskningsprosjektet;
"Hvordan foregår informasjonsutveksling mellom kommunale deltjenester og sykehus, ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus?"**

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Jeg er en mastergradsstudent innenfor Helse og sosialinformatikkstudiet ved UiA, som ønsker å kartlegge dagens informasjons- og arbeidsflyt når pasienter fra kommunen innlegges i sykehus. Jeg har i studien inkludert sykehjem og hjemmesykepleie innenfor to kommuner i Sør-Norge. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt i regi av SSHF, som avsluttes i mai 2012. Min oppdragsgiver ønsker med prosjektet å kartlegge dagens situasjon, for etter innføring av elektroniske P/O meldinger å kunne måle eventuelle effekter av en slik innføring.

Du er valgt ut av din arbeidsgiver på bakgrunn av at du oppfattes som en nøkkelperson i forhold til å kunne bidra med opplysninger om dagens rutiner for informasjonsutveksling når pasienter innlegges i sykehus.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker i første omgang å foreta intervju av nøkkelpersoner for utvalgte enheter/deltjenester (sykehjem og hjemmesykepleie), for å innhente nødvendig bakgrunnsinformasjon i forhold til informasjonsutveksling når pasienter innlegges i sykehus. På bakgrunn av data fra intervjuer og teori, vil jeg videre foreta en spørreundersøkelse.

Mulige fordeler og ulemper

Hensikten med innføring av elektroniske P/O meldinger er å bedre kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Bruk av elektronisk informasjonsutveksling anses også å ha mulige positive effekter og innflytelse på helsepersonells arbeidsprosesser, prosedyrer og behandling av pasientene. For å kunne måle hvorvidt nevnte effekter av elektronisk informasjonsutveksling oppnås, er det etter implementering nødvendig å kunne sammenlikne med status pr i dag.

Ved intervju vil kun jeg være tilstede. Jeg vil gjøre lydopptak og eventuelle notater. På bakgrunn av dine opplysninger vil jeg gjennomføre en spørreundersøkelse i din enhet.

Jeg vil sikre full konfidensialitet og anonymitet (se de neste punktene). Du vil således også motta spørreskjema i ettertid som dine kollegaer. Jeg vil ellers tilstrebe at det ikke forekommer noen ulemper ved å delta i prosjektet. Jeg håper derfor du vil bidra med innspill i forhold til dagens praksis ved å la deg intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres gjennom intervjuet med deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste, dvs. at opplysningene blir avpersonifisert. Navnliste og kode blir oppbevart adskilt. Personell knyttet til prosjektet vil ha adgang til navnelisten. Sletting av navnelister og lydopptak og makulering av data vil skje når prosjektet er ferdig. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg:

Hege Mari Johnsen

Tlf: 97 51 57 73

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 3: Semistrukturert intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide for nøkkelinformanter

- 1. Kan du beskrive hvordan informasjonsutveksling skjer mellom kommunen og sykehus pr i dag når pas fra din enhet innlegges i sykehus?**
- 2. Kan du fortelle om hvordan ansvar og arbeidsoppgaver er fordelt i forhold til denne informasjonsutvekslingen?**
- 3. Finnes det klare retningslinjer/prosedyrer for hvordan informasjonsutvekslingen skal skje fra din enhet til sykehuset? (kopi?)**
- 4. Kan du si noe om eventuelt behov for informasjon fra sykehusets side etter at pasienten er innlagt?**
- 5. Hvilke styrker og svakheter opplever du med dagens praksis for informasjonsutveksling?**
- 6. Hva ser du på som eventuelle effekter (pos/neg) av innføring av elektroniske P/O meldinger fra kommune til sykehus når pas innlegges i sykehus?**
- 7. Har du eventuelt noe å tilføye som jeg ikke har spurt om?**

VEDLEGG 4: 'Work system snapshot' for institusjon

'Work System Snapshot' for Institusjon

Kunder	Produkter og tjenester	
<ul style="list-style-type: none"> * Helsepersonell på sykehuset * Pasienter og deres pårørende * Offentlige myndigheter 	<ul style="list-style-type: none"> * Hvorvidt informasjonsutvekslingen fra sykehjemmet bidrar til tilstrekkelig, relevant, nøyaktig og rett informasjon til rett tid. *Hvorvidt informasjonen som mottas bidrar til interorganisatorisk kontinuitet. 	
Aktiviteter og prosesser (Arbeidsflyt og informasjonsflyt)		
<ul style="list-style-type: none"> * Sykepleier kontakter tilsynslege, legevakt eller AMK. Pårørende varsles. * Man følger formelle retningslinjer/prosedyre for innleggelse av pasienter i sykehus. *Dersom tilsynslegen er tilgjengelig, lager han/hun et innleggesskriv som sendes med. Man sender ellers ut fra prosedyren utskrift av tidligere journalnotater fra lege og sykepleier, pasient/brukerkort og medisinliste. Informasjon sendes med pasienten i en konvolutt med eller uten sjekkeliste. *Hvorvidt man rekker å skrive og få sendt med overflyttingsrapport fra EPJ varierer. *Struktur på og mengde journaldokumenter som sendes med kan variere. *Det hender man sender med en overflyttingsrapport i papirformat, utfylt for hånd. * Det gis i tillegg muntlig informasjon via innleggende lege og helsepersonell involvert i overflyttingsprosessen. * Man sender av og til med viktige medisiner. *Man mottar ingen kvittering på at konvolutt er mottatt. * Sykepleier ringer alltid sykehuset i etterkant for å høre hvordan pasienten har det og for å høre om sykehuset trenger ytterligere informasjon. Eventuelle etterspurte dokumenter sendes da pr. faks. 		
Deltakere	Informasjon	Teknologi
<ul style="list-style-type: none"> *Sykepleiere har formelt ansvar for informasjonsutveksling ved overflytting av pasienter. *Sykepleier må ta en vurdering på hva som er nødvendig og tilstrekkelig informasjon å sende med. *Innhold og struktur på dokumentasjon er avhengig av den enkelte sykepleier 	<ul style="list-style-type: none"> *Bruk av pleieplan varierer. *Struktur på journalnotat/overflyttingsnotat varierer *Formelle retningslinjer i forhold til overflytting. *Kvalitetssystem 	<ul style="list-style-type: none"> *EPJ system *Telefon *Faks * Infrastruktur hvor man kan motta elektronisk informasjon fra sykehuset, men ikke selv sende informasjon til sykehuset. *Man kan sende og motta elektroniske meldinger med legekontor.

Figur : En fornorsket utgave av Steven Alter sitt 'Work System Snapshot'. Kilde: Steven Alter, *The Work System Method: Connecting People, Processes, and IT for Business Results*. Work System Press, 2006

VEDLEGG 5: 'Work system snapshot' for hjemmesykepleie

'Work System Snapshot' for Hjemmesykepleie

Kunder		Produkter og tjenester
*Helsepersonell på sykehuset	*Pasienter og deres pårørende	*Hvorvidt informasjonsutvekslingen fra hjemmesykepleien bidrar til tilstrekkelig, relevant, nøyaktig og rett informasjon til rett tid.
*Offentlige myndigheter		*Hvorvidt informasjonen som mottas bidrar til interorganisatorisk kontinuitet.
Aktiviteter og prosesser (Arbeidsflyt og informasjonsflyt)		
<p>*Sykepleier kontakter fastlege, legevakt eller AMK. Pårørende varsles.</p> <p>*Det meste av informasjonen gis via muntlig informasjon til innleggende lege og helsepersonell involvert i overflyttingsprosessen.</p> <p>* Sender med pasientens medisindosett med tilhørende medisinliste, eller multidoserull.</p> <p>*Det hender man sender med et håndskrevet notat fra hjemmet, med spesielle beskjeder om eventuelle hensyn eller tiltak.</p> <p>* Sykepleierne fra hjemmesykepleien får sjelden laget et overflyttingsnotat i EPJ. Der man kan lage et innleggelsesnotat via PDA i pasientens hjem, kan dette ikke sendes direkte til sykehuset.</p> <p>* Dersom man rekker det, får man noen til å komme med utskrift av journalnotat fra lege og sykepleier fra hjemmesykepleiens kontor. Dette sendes med i vanlig konvolutt.</p> <p>* Informasjon blir ettersendt i varierende grad pr. faks etter at pasienten er innlagt. I de fleste tilfeller sendes da nødvendige dokumenter som pasient/brukerkort, medisinliste, diverse notater eller sykepleierrapporter fra EPJ systemet.</p> <p>*Sykepleier ringer alltid sykehuset i etterkant for å høre hvordan pasienten har det og for å høre om sykehuset trenger ytterligere informasjon. Eventuelle etterspurte dokumenter sendes da pr. faks..</p> <p>*Dersom pårørende selv har lagt inn pasienten, får hjemmesykepleien telefon fra dem og kontakter selv sykehuset for å informere. Hvorvidt hjemmesykepleien blir kontaktet av sykehuset varierer.</p> <p>*Man ringer opp før man sender faks med aidentifisert innhold (Initialer) og får kvittering for sendt faks. Man får ikke kvittering for mottak av eventuell konvolutt.</p> <p>*Bruk av formelle eller uformelle retningslinjer for overflytting av pasienter til sykehus varierer pr.i dag. Arbeid for å kvalitetssikre informasjon som utveksles pågår.</p>		
Deltakere	Informasjon	Teknologi
*Sykepleier har formelt ansvar for informasjonsutveksling ved overflytting. *Opplevelse av stort arbeidspress gir liten tid til dokumentasjon.	*Det er sjelden man har pleieplan på pasientene. *Struktur på journalnotat/overflyttingsnotat varierer *Formelle retningslinjer i forhold til overflytting. *Uformelle rutiner i forhold til overflytting. *Kvalitetssystem	*EPJ system *Telefon *Faks *PDA *Infrastruktur hvor man kan motta elektronisk informasjon fra sykehuset, men ikke selv sende informasjon til sykehuset. *Man kan sende og motta elektroniske meldinger med legekontor.

Figur : En fornsket utgave av Steven Alter sitt 'Work System Snapshot'. Kilde: Steven Alter, *The Work System Method: Connecting People, Processes, and IT for Business Results*. Work System Press, 2006

VEDLEGG 6: Informasjon om spørreundersøkelse

Informasjon om spørreundersøkelse

Jeg er mastergradsstudent ved Helse og sosialinformatikkstudiet ved UiA, og ønsker å kartlegge dagens informasjons- og arbeidsflyt når pasienter fra kommunen innlegges akutt i sykehus. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt med SSHF og UiA. Prosjektet søker å kartlegge dagens informasjonsutveksling, for å identifisere eventuelle behov for endringer, og for å kunne måle eventuelle effekter etter innføring av elektroniske pleie og omsorgs (P/O) meldinger.

I studien er det inkludert to sykehjem og hjemmesykepleiedistrikt fra to kommuner på Sørlandet. Svar på spørreskjemaet vil bli behandlet anonymt, og den enkelte enhet og kommune vil bli aidentifisert. For å øke troverdigheten til resultatene av undersøkelsen, er det viktig at flest mulig svarer på undersøkelsen. Jeg håper derfor at du vil bidra med opplysninger om dagens rutiner, gjennom å fylle ut det vedlagte spørreskjemaet.

Spørsmålene i spørreskjemaet er beregnet for både hjemmesykepleie og sykehjem, hvorpå noen spørsmål kan virke noe selvfølgelige eller ikke passer helt. Jeg ber deg likevel svare på alle spørsmålene, og svare ut fra det som passer best for det tjenestestedet du representerer.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Hege M Johnsen

VEDLEGG 7: Spørreskjema

Spørreskjema

I hvilket fylke arbeider du i?

- Aust Agder Vest Agder

1. Innenfor hvilken kommunal deltjeneste arbeider du?

- Hjemmesykepleie Institusjon

2. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?

- 0-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år mer enn 20 år

3. Hvor lenge har du arbeidet ved nåværende arbeidsplass?

- 0-3 år 4-7 år 8-11 år 12-15 år 16-19 år 20 år eller mer.

Ut fra hvordan utskrivningen foregår på din arbeidsplass, ber jeg deg om å sette "X" i den ruten som samsvarer best med din erfaring ved akutt utskrivning til sykehus.

	Tidsperspektiv	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
4.	Informasjon gis fra pasientens hjem/institusjon når pas. blir innlagt.					
6.	Informasjon <i>ettersendes</i> når pas. er overflyttet sykehuset.					
	Hvor ofte benyttes følgende metode/verktøy for informasjonsutveksling ved <u>akutte</u> innleggelser til sykehus?	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
7.	Informasjon sendes med fra pasientens hjem/institusjon i <i>vanlig</i> konvolutt.					
8.	Informasjon sendes med fra pasientens hjem/institusjon i <i>konvolutt med sjekklister</i> .					
9.	Faks					
10.	Vanlig e- post.					
11.	Elektronisk link direkte til sykehuset (via Norsk Helsenett)					
12.	PDA (Personal Digital Assistent)					
13.	Telefon					

	Hvor ofte foregår følgende former for informasjonsutveksling?	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
14.	Informerer muntlig til legevaktslege/ambulanspersonell, slik at nødvendig informasjon blir notert i innleggelsesnotat.					
15.	Sender med Medisindosett med tilhørende medisinliste, eller multidoserull.					
16.	Sender med kopi av journalnotat fra fastlege/tilsynslege.					
17.	Sender med kopi av journalnotat/rapporter fra sykepleier.					
18.	Sender med håndskrevet notat (eller kopi).					
19.	Sender med kopi av brukerkort/pasientkort.					
20.	Sender med kopi av medisinliste/legemiddelkort.					

	Hvor ofte har dokumentasjonen som utveksles følgende struktur?	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
21.	Håndskrevet overflyttingsnotat; <i>ustrukturert i fritekstformat.</i>					
22.	Håndskrevet overflyttingsnotat; <i>strukturert etter predefinerte områder.</i>					
23.	Elektronisk overflyttingsnotat; <i>ustrukturert i fritekstformat.</i>					
24.	Elektronisk overflyttingsnotat; <i>strukturert etter predefinerte områder.</i>					
25.	Strukturert pleieplan/behandlingsplan for pasienten.					

	Etterspørsel av informasjon fra sykehuset	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
26.	Hvor ofte hender det at sykehuset ringer og etterspør informasjon fra hjemmesykepleien/institusjon?					
27.	Hvor ofte opplever du at sykehuset har et annet behov for informasjon enn det dere fra hjemmesykepleien/institusjon har utvekslet?					

	Ansvar/Kontroll/Sikkerhet	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
28.	Hvor ofte hender det at annet personell enn sykepleiere må ta ansvar for utskrivningen/informasjonsutvekslingen?					
29.	Hvor ofte benyttes sjekklister for å se om nødvendig informasjon er sendt med?					
30.	Hvor ofte fås kvittering fra sykehuset på mottatt konvolutt eller ettersendt informasjon?					
31.	Hvor ofte hender det at informasjon kommer på avveier?					

	Retningslinjer/Rutiner/Opplæring	Ja	Nei	Vet ikke
32.	Foregår dagens utveksling av informasjon med sykehuset ut fra interne <i>formelle retningslinjer/prosedyrer</i> ?			
33.	Foregår dagens utveksling av informasjon med sykehuset ut fra <i>uformelle rutiner</i> , som ut fra <i>erfaring</i> er kjent for personalet.			
34.	Har du fått opplæring i gjeldende retningslinjer ved din arbeidsplass?			
35.	Har du fått opplæring i gjeldende rutiner ved din arbeidsplass?			
36.	Er du kjent med ditt faglige og juridiske ansvar i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling generelt?			

Tusen takk for hjelpen!

VEDLEGG 8: Pleierapport

PLEIERAPPORT

Utfylt av: Tlf: Dato: Stilling:

Navn	Diagnoser: _____ _____ _____
Fødselsnr.	
Adresse	
Primærkontakt	
	Innleggelsesårsak: _____ _____ _____

Mentale/ psykiske/ sosiale forhold					
Funksjons- nivå	Til vanlig	Steller seg selv	Trenger fullt stell	Oppe	Opplysninger om stellet
		Tilrettelagt stell		Senge- liggende	
	Funksjonsnivå nå				
Tverrfaglig samarbeid (siste 6 mnd)	Fysioterapeut	Ergoterapeut	Sosionom	Andre	
Hjelpemidler	O2	Forstøver	Sykehusseng	Rullator	Trygghetsalarm
Annet					
Respirasjon	(Frekvens, surklete, slimer o.a.)				
Sirkulasjon	(Trykksår, ødemer, hud o.a.)				
Syn/hørsel					
Smerter	Lokalisasjon:			Intensitet, skala fra 1-10 (1 = svakest, 10 = sterkest)	
	Nåværende behandling/rutiner:				
	Hvem er ansvarlig:				
Eliminasjon					
Ernæring	Til vanlig				
	Ernæring nå				

Ønsker kommunen fortløpende informasjon? Ja Nei

Hvem skal denne informasjonen gis til:

Navn/avdeling: Telefon:

Er det utarbeidet individuell plan? Ja Nei

Pårørende:

Alt. 1: Navn: Telefon:

Alt. 2: Navn: Telefon:

Er pårørende kontaktet? Ja Nei I tilfelle når?

Er pårørende delaktige i omsorgen for pasienten? Ja Nei

Hvis ja, hvor mye:

.....

Andre viktige opplysninger:

Dette synes pasient/pårørende er viktig

Fremtidsperspektiver

VEDLEGG 9: Sjekkliste når pasienten innlegges på sykehus.

SJEKKLISTE NÅR PASIENTEN INNLEGGES PÅ SYKEHUS

Pasientens navn:

Fødselsnummer:

Kopi av medikamentliste: Ja Nei

Evt. marevanliste: Ja Nei

Evt. sendt med dosett/medikamenter: Ja Nei

Siste medikamenter gitt: Ja Nei

Dato: Kl:

(Se medikamentliste / marevanliste)

Sykepleier rapport: Ja Nei

Pårørende informert: Ja Nei

Annet:

Sendt med utstyr pasienten bruker: Ja Nei

Sendt med spesielle medisiner (f.eks. discus inhalator e.l.): Ja Nei

Signatur sykepleier:

Tlf:

Dato: Kl:

Pasientens bostedsadresse / midlertidig adresse:

Telefonnummer:

SYKEHJEMSPlass:

Fast plass: Korttidsplass: Tidsrom:

Rehabilitering: Tidsrom:

Lindrende: Tidsrom:

Bor hjemme med hjemmesykepleie hjemmehjelp

Annet:

Henvising av lege:

Innleggende lege:

Fastlege/tilsynslege:

Åpen retur: Ja Nei

VEDLEGG 10: Retningslinje hjemmesykepleie Y

2.2.9.2 KVALITET

2.2.9.2.10 Akutt innleggelse sykehus

Akutt innleggelse i sykehus, hjemmesykepleien

HENSIKT:

Sikre at sykehuset får de nødvendige opplysninger om pasienten.

ANSVAR:

Sykepleier

GJELDER FOR:

Den pleier som observerer at bruker trenger akutt innleggelse. Pleiepersonellet kontakter vakthavende sykepleier for videre informasjon til fastlege / legevakt.

UTFØRELSE:

Sykepleier, eventuelt hjelpepleier/ omsorgsarbeider i samråd med vakthavende sykepleier, kontakter fastlegen, eventuelt legevakt.

- Sende med medisinoversikt
- Sende med pårørendes navn og telefonnummer
- Sende med telefonnummer til vår hovedtelefon
- Bruk eget skjema (ligger i bilene)
- Vurdere om det er behov for å vente på ambulanse, samt pakke nødvendige klær/toalettsaker

Kontakte sykehuset for å forsikre seg om at de har fått de opplysningene de trenger.

KONTROLL:

Overordnet leder har ansvar for at prosedyrene er riktige og at de blir fulgt.

AVVIK OG AVVIKSHÅNDTERING:

Dersom ikke prosedyren blir fulgt er det et avvik og skal meldes etter gjeldende bestemmelser. Se rutiner for avviksbehandling.

- Revideres innen: 01.03.2012
 - Gjelder fra: 04.04.2011
 - Godkjent av:
 - Innholdsansvarlig e-post:
-

VEDLEGG 11: Retningslinje institusjon X

Nivå 3: ██████████ OMSORGSTJENESTE
Kap. 2
Prosedyre 2.7.1 : INNLEGGELSE I SYKEHUS
Utarbeidet dato:
Sist revidert:23.04.10

Utarbeidet av: Kvalitetsgruppen/Leder gruppa	Godkjent av: Enhetsleder
--	--------------------------

HENSIKT/ MÅL:

- Overføre rett dokumentasjon

ANSVAR:

- Vakthavende sykepleier

BESKRIVELSE:

- Send med nødvendige papirer:
 - kopi av hovedkort
 - kopi av medisinark
 - utskrift av legejournal-notat
 - utskrift av siste dagers journalnotat. Husk å få med pasientens fysiske og mentale tilstand.
- Hvis tid: Send med nødvendige toalettsaker og klær.
- Kontakt pårørende.
- Dokumenter på ██████████ om pårørende har fått beskjed og hvem beskjeden er gitt til.

VEDLEGG 12: Retningslinje institusjon Y

Page 1 of 1

2.4.3.2.4 Under oppholdet

2.4.3.2.4.3 Innleggelse i sykehus fra [redacted]

Ved innleggelse av brukere i sykehus fra [redacted]

1. Bruk "Innleggelseskonvolutt fra [redacted] Kommune" og fyll ut på fremsiden av denne (skal være tilgjengelig på ALLE vaktrom)

2. Legg ved medisinliste fra [redacted], NB! Sjekk at denne er riktig!!

3. Ta ut brukerkort fra [redacted] og skriv på nederst på arket her at bruker kommer fra [redacted] hvilken avdeling og et eller flere tlf.nr de kan nå oss på.

4. Ta ut en rapport fra [redacted] som inneholder:

- a. Innkomstrapport
- b. De siste dagers rapport
- c. Siste rapport som sier noe om den aktuelle innleggelsen

Sjekk at innkomst rapport stemmer i forhold til brukers kognitive og fysiske funksjonsnivå innleggelsestidspunktet. Dersom dette avviker skrives det kort om nåværende funksjonsnivå. Dette for at personalet på sykehuset kan kjenne litt til brukeren.

5. Legg evt ved Legejournal fra [redacted] om det er tilgjengelig/ laget

6. Dersom du ikke rekker alt dette grunnet akutte situasjoner/ ventende ambulanse med dårlig bruker eller lignende, skriver du ut medisinark og brukerark. NB! Husk å påføre på brukerarket hvor bruker kommer fra, dvs [redacted] avdeling og et eller flere tlf.nummer sykehuset kan ringe for å få muntlig rapport.

7. Noter i [redacted] på den aktuelle bruker i en sykepleiejournal at bruker er innlagt sykehuset og hvilke papirer du har sendt med!!

se også

- Innholdsansvarlig e-post:

VEDLEGG 13: Resultater fra spørreundersøkelsen

Tabell 1. Svarprosent ved spørreundersøkelsen

Deltjeneste og kommune	Antall utdelte skjema	Antall svar (n/N)	Svarprosent (%)
Hjemmesykepleie, Kommune X	16	13	81.0 %
Hjemmesykepleie, Kommune Y	20	10	50.0 %
Institusjon, Kommune X	23	13	56.5 %
Institusjon, Kommune Y	20	16	80.0 %
Totalt:	79	52	65,8 %

Tabell 2. Respondenter fordelt på kommunal deltjeneste og kommune (N=52)

Deltjeneste	Kommune X	Kommune Y	Totalt
Hjemmesykepleie, n (%)	13 (56.5)	10 (43.5)	23 (100)
Institusjon, n (%)	13 (44.8)	16 (55.2)	29 (100)
Totalt:	26 (50.0)	26 (50.0)	52 (100)

Tabell 3. Antall år erfaring som sykepleier fordelt på deltjenester (N=52)

Deltjeneste	0-5 år	6-10 år	11-15	16-20 år	Mer enn 20 år	Total %
Hjemmesykepleie, n (%)	5 (21.7)	6 (26.1)	7 (30.4)	2 (8.7)	3 (13.0)	23 (100)
Institusjon, n (%)	6 (20.7)	6 (20.7)	7 (24.1)	4 (13.8)	6 (20.7)	29(100)
Totalt, n (%)	11 (21.1)	12 (23.0)	14 (26.9)	6 (11.5)	9 (17.3)	52 (100)

Tabell 4. Antall år erfaring fra nåværende arbeidsplass (N=52)

Deltjeneste	0-3 år	4-7 år	8-11 år	12-15 år	16-19 år	20 år eller mer	Total %
Hjemmesykepleie, n (%)	3 (13.0)	11 (47.8)	2 (8.7)	6 (26.1)	0 (0)	1 (4.3)	23 (100)
Institusjon, n (%)	12 (41.4)	6 (20.7)	5 (17.2)	4 (13.8)	2 (6.9)	0 (0)	29 (100)
Totalt, n (%)	15 (28.8)	17 (32.7)	7 (13.5)	10 (19.2)	2 (3.8)	1 (1.9)	52 (100)

Tabell 5. Hvor hyppig gis informasjon fra pasientens hjem/institusjon når pasienter blir innlagt, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	0 (0)	0 (0)	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	12 (100)	4.0
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (50)	5 (50)	10 (100)	4.5
Institusjon X, n (%)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	4 (30,8)	8 (61,5)	13 (100)	4.38
Institusjon Y, n (%)	1 (6,3)	0 (0)	2 (12,5)	3 (18,8)	10 (62,5)	16 (100)	4.31
Total	2 (3,9)	0 (0)	4 (7,8)	20 (39,2)	25 (49,0)	51 (100)	4.29

Tabell 6. Hvor hyppig ettersendes informasjon når pasienter er overflyttet sykehuset, fordelt på deltjeneste og kommune (N=50).

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	0 (0)	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	0 (0)	12 (100)	3.0
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	0 (0)	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	0 (0)	10 (100)	2.9
Institusjon X, n (%)	3 (25,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	12 (100)	2.58
Institusjon Y, n (%)	4 (25,0)	5 (31,3)	3 (18,8)	2 (12,5)	2 (12,5)	16 (100)	2.56
Total	7 (14,0)	14 (28,0)	18 (36,0)	7 (14,0)	4 (8,0)	50 (100)	2.74

Tabell 7: Hvor ofte følgende metode/verktøy (Teknologi) benyttes for informasjonsutveksling ved akutte innleggelser til sykehus:

	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total	Gjennom- snitt
Informasjon sendes med fra pasientens hjem/institusjon i vanlig konvolutt (N=50)	Hjemmespl. X, n (%)	3 (25)	0 (0)	4 (33.3)	5 (41.7)	0 (0)	12 (100)	2.92
	Hjemmespl. Y, n (%)	1 (11.1)	3 (33.3)	3 (33.3)	2 (22.2)	0 (0)	9 (100)	2.67
	Institusjon X, n (%)	1 (7.7)	0 (0)	1 (7.7)	1 (7.7)	10 (76.9)	13 (100)	4.46
	Institusjon Y, n (%)	2 (12.5)	3 (18.8)	5 (31.3)	2 (12.5)	4 (25.0)	16 (100)	3.19
	Total, n (%)	7 (14.0)	6 (12.0)	13 (26.0)	10 (20.0)	14 (28.0)	50 (100)	3.36
Informasjon sendes med fra pasientens hjem/institusjon i konvolutt med Sjekkliste (N=46)	Hjemmespl. X, n (%)	5 (41.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.83
	Hjemmespl. Y, n (%)	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.80
	Institusjon X, n (%)	5 (55.6)	1 (11.1)	0 (0)	0 (0)	3 (33.3)	9 (100)	2.44
	Institusjon Y, n (%)	3 (20.0)	0 (0)	1 (6.7)	6 (40.0)	5 (33.3)	15 (100)	3.63
	Total, n (%)	17 (37.0)	9 (19.6)	6 (13.0)	6 (13.0)	8 (17.4)	46 (100)	2.54
Faks (N=50)	Hjemmespl. X, n (%)	1 (8.3)	2 (16.7)	7 (58.3)	2 (16.7)	0 (0)	12 (100)	2.83
	Hjemmespl. Y, n (%)	6 (60.0)	1 (10.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	1.80
	Institusjon X, n (%)	6 (50.0)	4 (33.3)	2 (16.7)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.67
	Institusjon Y, n (%)	7 (43.8)	6 (35.5)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	16 (100)	1.75
	Total, n (%)	20 (40.0)	13 (26.0)	14 (28.0)	3 (6.0)	0 (0)	50 (100)	2.0
Vanlig e-post (N=49)	Hjemmespl. X, n (%)	8 (72.2)	2 (18.2)	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)	11 (100)	1.36
	Hjemmespl. Y, n (%)	9 (90.0)	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.10
	Institusjon X, n (%)	11 (91.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)	12 (100)	1.33
	Institusjon Y, n (%)	13 (81.3)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (100)	1.19
	Total, n (%)	41 (83.7)	6 (12.2)	1 (2.0)	0 (0)	1 (2.0)	49 (100)	1.24

Fortsettelse (Tabell 7)								
	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofta 4	Alltid 5	Total	Gjennomsnitt
Elektronisk link direkte til sykehuset (via Norsk helsenett), (N=49)	Hjemmespl. X, n (%)	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.25
	Hjemmespl. Y, n (%)	8 (80.0)	1 (10.0)	0 (0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	1.40
	Institusjon X, n (%)	10 (90.9)	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (100)	1.09
	Institusjon Y, n (%)	12 (75.0)	1 (6.3)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	16 (100)	1.44
	Total, n (%)	39 (79.6)	6 (12.2)	3 (6.1)	1 (2.0)	0 (0)	49 (100)	1.31
PDA (Personal Digital Assistent), (N=48)	Hjemmespl. X, n (%)	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.08
	Hjemmespl. Y, n (%)	7 (77.8)	1 (11.1)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	9 (100)	1.44
	Institusjon X, n (%)	11 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (100)	1.00
	Institusjon Y, n (%)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (100)	1.13
	Total, n (%)	43 (89.6)	4 (8.3)	0 (0)	1 (2.1)	0 (0)	48 (100)	1.15
Telefon (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	1 (7.7)	1 (7.7)	4 (30.8)	7 (53.8)	0 (0)	13 (100)	3.31
	Hjemmespl. Y, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (10.0)	6 (60.0)	3 (30.0)	10 (100)	4.20
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	2 (16.7)	8 (66.7)	2 (16.7)	0 (0)	12 (100)	3.00
	Institusjon Y, n (%)	3 (18.8)	1 (6.3)	4 (25.0)	7 (43.8)	1 (6.3)	16 (100)	3.13
	Total, n (%)	4 (7.8)	4 (7.8)	17 (33.3)	22 (43.1)	4 (7.8)	51 (100)	3.35

Tabell 8: (Prosesser og aktiviteter)

Hvor ofte følgende former for informasjonsutveksling foregår:

	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total	Gjennom- -snitt
Informerer muntlig til legevaktslege/ambulansepersonell, slik at nødvendig informasjon blir notert i innleggelsesnotat (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	8 (61.5)	4 (30.8)	13 (100)	4.15
	Hjemmespl. Y, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100)	4.60
	Institusjon X, n (%)	3 (23.1)	1 (7.7)	3 (23.1)	3 (23.1)	3 (23.1)	13 (100)	3.15
	Institusjon Y, n (%)	0 (0)	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	8 (53.3)	15 (100)	4.33
	Total, n (%)	3 (5.9)	3 (5.9)	4 (7.8)	20 (39.2)	21 (41.2)	51 (100)	4.04
Sender med Medisindosett med tilhørende medisinliste, eller multidoserull (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (76.9)	3 (23.1)	13 (100)	4.23
	Hjemmespl. Y, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (10.0)	8 (80.0)	1 (10.0)	10 (100)	4.00
	Institusjon X, n (%)	4 (33.3)	3 (25.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	3 (25.0)	12 (100)	2.67
	Institusjon Y, n (%)	4 (25.0)	3 (18.8)	4 (25.0)	0 (0)	5 (31.3)	16 (100)	2.94
	Total, n (%)	8 (15.7)	6 (11.8)	6 (11.8)	19 (37.3)	12 (23.5)	51 (100)	3.41
Sender med kopi av journalnotat fra fastlege/tilsynslege (N=52)	Hjemmespl. X, n (%)	0 (0)	10 (76.9)	2 (15.4)	1 (7.7)	0 (0)	13 (100)	2.31
	Hjemmespl. Y, n (%)	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.80
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	1 (7.7)	2 (15.4)	7 (53.8)	3 (23.1)	13 (100)	3.92
	Institusjon Y, n (%)	1 (6.3)	1 (6.3)	4 (25.0)	8 (50.0)	2 (12.5)	16 (100)	3.56
	Total, n (%)	5 (9.6)	16 (30.8)	10 (19.2)	16 (30.8)	5 (9.6)	52 (100)	3.0
Sender med kopi av journalnotat/rapporter fra sykepleier (N=52)	Hjemmespl. X, n (%)	3 (23.1)	7 (53.8)	3 (23.1)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	2.00
	Hjemmespl. Y, n (%)	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.80
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	0 (0)	3 (23.1)	4 (30.8)	6 (46.2)	13 (100)	4.23
	Institusjon Y, n (%)	1 (6.3)	1 (6.3)	2 (12.5)	6 (37.5)	6 (37.5)	16 (100)	3.94
	Total, n (%)	8 (15.4)	12 (23.1)	10 (19.2)	10 (19.2)	12 (23.1)	52 (100)	3.12

Fortsettelse (Tabell 8)								
	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total	Gjennomsnitt
Sender med håndskrevet notat (eller kopi), (N=52)	Hjemmespl. X, n (%)	0 (0)	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.85
	Hjemmespl. Y, n (%)	2 (20.0)	4 (40.0)	3 (30.0)	0 (0)	1 (10.0)	10 (100)	2.40
	Institusjon X, n (%)	3 (23.1)	2 (15.4)	5 (38.5)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.62
	Institusjon Y, n (%)	3 (18.8)	6 (37.5)	3 (18.8)	2 (12.5)	2 (12.5)	16 (100)	2.62
	Total, n (%)	8 (15.4)	17 (32.7)	16 (30.8)	8 (15.4)	3 (5.8)	52 (100)	2.63
Sender med kopi av brukerkort/ pasientkort (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	2 (15.4)	5 (38.5)	5 (38.5)	1 (7.7)	0 (0)	13 (100)	2.38
	Hjemmespl. Y, n (%)	3 (33.3)	3 (33.3)	2 (22.2)	1 (11.1)	0 (0)	9 (100)	2.11
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	3 (23.1)	1 (7.7)	2 (15.4)	7 (53.8)	13 (100)	4.00
	Institusjon Y, n (%)	1 (6.3)	0 (0)	2 (12.5)	3 (18.8)	10 (62.5)	16 (100)	4.31
	Total, n (%)	6 (11.8)	11 (21.6)	10 (19.6)	7 (13.7)	17 (33.3)	51 (100)	3.35
Sender med kopi av medisinliste/ legemiddelkort (N=52)	Hjemmespl. X, n (%)	0 (0)	0 (0)	3 (23.1)	9 (69.2)	1 (7.7)	13 (100)	3.85
	Hjemmespl. Y, n (%)	1 (10.0)	0 (0)	1 (10.0)	6 (60.0)	2 (20.0)	10 (100)	3.80
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)	4.92
	Institusjon Y, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	15 (93.8)	16 (100)	4.94
	Total, n (%)	1 (1.9)	0 (0)	4 (7.7)	17 (32.7)	30 (57.7)	52 (100)	4.44

Tabell 9: (Prosesser og aktiviteter)

Hvor ofte informasjonen som utveksles har følgende struktur:

	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total	Gjennom- snitt
Håndskrevet overflyttingsnotat; ustrukturert i fritekstformat (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	3 (23.1)	4 (30.8)	3 (23.1)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.46
	Hjemmespl. Y, n (%)	3 (30.0)	4 (40.0)	3 (30.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	2.0
	Institusjon X, n (%)	6 (50.0)	5 (41.7)	1 (8.3)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.58
	Institusjon Y, n (%)	7 (43.8)	2 (12.5)	5 (31.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	16 (100)	2.19
	Total, n (%)	19 (37.3)	15 (29.4)	12 (23.5)	4 (7.8)	1 (2.0)	51 (100)	2.08
Håndskrevet overflyttingsnotat; strukturert etter predefinerte områder (N=51)	Hjemmespl. X, n (%)	2 (15.4)	8 (61.5)	2 (15.4)	1 (7.7)	0 (0)	13 (100)	2.15
	Hjemmespl. Y, n (%)	4 (40.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	2.0
	Institusjon X, n (%)	5 (41.7)	4 (33.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100)	2.08
	Institusjon Y, n (%)	6 (37.5)	4 (25.0)	4 (25.0)	1 (6.3)	1 (6.3)	16 (100)	2.19
	Total, n (%)	17 (33.3)	19 (37.3)	9 (17.6)	4 (7.8)	2 (3.9)	51 (100)	2.12
Elektronisk overflyttingsnotat; ustrukturert i fritekstformat (N=52)	Hjemmespl. X, n (%)	4 (30.8)	3 (23.1)	2 (15.4)	4 (30.8)	0 (0)	13 (100)	2.46
	Hjemmespl. Y, n (%)	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.50
	Institusjon X, n (%)	5 (38.5)	0 (0)	3 (23.1)	2 (15.4)	3 (23.1)	13 (100)	2.85
	Institusjon Y, n (%)	6 (37.5)	4 (25.0)	4 (25.0)	1 (6.3)	1 (6.3)	16 (100)	2.19
	Total, n (%)	21 (40.4)	10 (19.2)	10 (19.2)	7 (13.5)	4 (7.7)	52 (100)	2.29
Elektronisk overflyttingsnotat; strukturert etter predefinerte områder (N=49)	Hjemmespl. X, n (%)	4 (30.8)	3 (23.1)	3 (23.1)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.38
	Hjemmespl. Y, n (%)	5 (55.6)	3 (33.3)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	9 (100)	1.67
	Institusjon X, n (%)	5 (45.5)	2 (18.2)	1 (9.1)	2 (18.2)	1 (9.1)	11 (100)	2.27
	Institusjon Y, n (%)	6 (37.5)	2 (12.5)	3 (18.8)	2 (12.5)	3 (18.8)	16 (100)	2.63
	Total, n (%)	20.8)	10 (20.4)	7 (14.3)	8 (16.0)	4 (8.2)	49 (100)	2.31

Fortsettelse (Tabell 9)								
	Deltjeneste og Kommune:	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total	Gjennom- -snitt
Strukturert pleieplan/behandlingsplan for pasienten.	Hjemmespl. X, n (%)	2 (15.4)	4 (30.8)	4 (30.8)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.62
	Hjemmespl. Y, n (%)	7 (70.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	1.60
	Institusjon X, n (%)	0 (0)	2 (15.4)	3 (23.1)	0 (0)	8 (61.5)	13 (100)	4.08
	Institusjon Y, n (%)	3 (18.8)	3 (18.8)	4 (25.0)	5 (31.3)	1 (6.3)	16 (100)	2.88
	Total, n (%)	12 (23.1)	10 (19.2)	12 (23.1)	9 (17.3)	9 (17.3)	52 (100)	2.87

Tabell 10. Hvor ofte hender det at sykehuset ringer og etterspør informasjon fra hjemmesykepleien/institusjonen, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	0 (0)	0 (0)	12 (92.3)	1 (7.7)	0 (0)	13 (100)	3.08
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	0 (0)	1 (10.0)	4 (40.0)	5 (50.0)	0 (0)	10 (100)	3.40
Institusjon X, n (%)	0 (0)	6 (46.2)	7 (53.8)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	2.54
Institusjon Y, n (%)	1 (6.7)	8 (53.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	0 (0)	15 (100)	2.40
Total	1 (2.0)	15 (29.4)	28 (54.9)	7 (13.7)	0 (0)	51 (100)	2.80

Tabell 11. Hvor ofte opplever sykepleierne at sykehuset har et annet behov for informasjon enn det de fra hjemmesykepleien eller institusjonen har utvekslet, fordelt på deltjeneste og kommune (N=52).

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	0 (0)	5 (38.5)	7 (53.8)	1 (7.7)	0 (0)	13 (100)	2.69
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	1 (10.0)	4 (40.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	2.50
Institusjon X, n (%)	0 (0)	11 (84.6)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	2.15
Institusjon Y, n (%)	1 (6.3)	9 (56.3)	5 (31.3)	1 (6.3)	0 (0)	16 (100)	2.38
Total	2 (3.8)	29 (55.8)	18 (34.6)	3 (5.8)	0 (0)	52 (100)	2.42

Tabell 12. Hvor ofte hender det at annet personell enn sykepleiere må ta ansvar for utskrivningen/informasjonsutvekslingen, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	4 (30.8)	7 (53.8)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.85
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.80
Institusjon X, n (%)	5 (38.5)	6 (46.2)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.77
Institusjon Y, n (%)	1 (6.7)	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100)	3.0
Total	14 (27.5)	21 (41.2)	11 (21.6)	4 (7.8)	1 (2.0)	51 (100)	2.16

Tabell 13. Hvor ofte benyttes sjekklister for å se om nødvendig informasjon er sendt med, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	2.31
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	5 (50.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0)	10 (100)	1.80
Institusjon X, n (%)	4 (30.8)	3 (23.1)	3 (23.1)	3 (23.1)	0 (0)	13 (100)	2.38
Institusjon Y, n (%)	2 (13.3)	1 (6.7)	0 (0)	8 (53.3)	4 (26.7)	15 (100)	3.73
Total	13 (25.5)	12 (23.5)	10 (19.6)	12 (23.5)	4 (7.8)	51 (100)	2.65

Tabell 14. Hvor ofte fås det kvittering fra sykehuset på mottatt konvolutt eller ettersendt informasjon, fordelt på deltjeneste og kommune (N=49)

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	10 (76.9)	2 (15.4)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.31
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	6 (66.7)	2 (22.2)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	9 (100)	1.56
Institusjon X, n (%)	12 (92.3)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	1.08
Institusjon Y, n (%)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (100)	1.29
Total	38 (77.6)	9 (18.4)	1 (2.0)	1 (2.0)	0 (0)	49 (100)	1.29

Tabell 15. Hvor ofte hender det at informasjon kommer på avveier, fordelt på deltjeneste og kommune (N= 48).

Deltjeneste og kommune	Aldri 1	Sjelden 2	Av og til 3	Ofte 4	Alltid 5	Total:	Gjennomsnittsverdi:
Hjemme-Sykepleie X, n (%)	6 (54.5)	5 (45.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (100)	1.45
Hjemme-Sykepleie Y, n (%)	4 (40.0)	5 (50.0)	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	1.70
Institusjon X, n (%)	3 (25.0)	8 (66.7)	1 (8.3)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	1.83
Institusjon Y, n (%)	5 (33.3)	7 (46.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	0 (0)	15 (100)	1.93
Total	18 (37.5)	25 (52.1)	4 (8.3)	1 (2.1)	0 (0)	48 (100)	1.75

Tabell 16. Foregår dagens utveksling av informasjon med sykehuset ut fra interne formelle retningslinjer, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	5 (38.5)	1 (7.7)	7 (53.8)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	9 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	10 (76.9)	0 (0)	3 (23.1)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	11 (68.8)	1 (6.3)	4 (25.0)	16 (100)
Totalt: n (%)	28 (54.9)	6 (11.8)	17 (33.3)	51 (100)

Tabell 17. Foregår dagens utveksling av informasjon med sykehuset ut fra uformelle rutiner, fordelt på deltjeneste og kommune (N=52)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	5 (38.5)	4 (30.8)	4 (30.8)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	6 (60.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	10 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	4 (30.8)	6 (46.2)	3 (23.1)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	8 (50.0)	5 (31.3)	3 (18.8)	16 (100)
Totalt: n (%)	23 (44.2)	17 (32.7)	12 (23.1)	52 (100)

Tabell 18. Har sykepleierne fått opplæring i gjeldende formelle retningslinjer for informasjonsutveksling, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	8 (61.5)	4 (30.8)	1 (7.7)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	3 (30.0)	6 (60.8)	1 (10.0)	10 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	8 (61.5)	4 (30.8)	1 (7.7)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	9 (60.0)	5 (33.3)	1 (6.7)	15 (100)
Totalt: n (%)	28 (54.9)	19 (37.3)	4 (7.8)	51 (100)

Tabell 19. Har sykepleierne fått opplæring i gjeldende rutiner for informasjonsutveksling, fordelt på deltjeneste og kommune (N=52)

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X, n (%)	9 (69.2)	3 (23.1)	1 (7.7)	13 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	6 (60.0)	4 (40.0)	0 (0)	10 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	11 (84.6)	1 (7.7)	1 (7.7)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0)	16 (100)
Totalt: n (%)	40 (76.9)	10 (19.2)	2 (3.8)	52 (100)

Tabell 20. Er sykepleierne kjent med deres faglige og juridiske ansvar i forhold til dokumentasjon og informasjonsutveksling generelt, fordelt på deltjeneste og kommune (N=51).

Deltjeneste og kommune	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hjemmesykepleie, Kommune X , n (%)	9 (75.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	12 (100)
Hjemmesykepleie, Kommune Y, n (%)	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	10 (100)
Institusjon, Kommune X, n (%)	9 (69.2)	2 (15.4)	2 (15.4)	13 (100)
Institusjon, Kommune Y, n (%)	14 (87.5)	1 (6.3)	1 (6.3)	16 (100)
Totalt: n (%)	38 (74.5)	7 (13.7)	6 (11.8)	51 (100)