



UNIVERSITETET I AGDER

# Kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester

**Gunn Birgitte O. Bue**  
**Gro Anita G. Fosse**

**Veileder**

Mariann Fossum

*Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved  
Universitetet i Agder og er godkjent som en del av utdanningen.  
Godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder  
som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2012  
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for helseø og sykepleievitenskap

MASTEROPPGAVE

KARTLEGGING AV DAGENS RUTINER FOR  
INFORMASJONSUTVEKSLING VED  
UTSKRIVNING AV PASIENTER SOM  
TRENGER KOMMUNALE HELSE- OG  
OMSORGSTJENESTER



Gunn Birgitte O. Bue og Gro Anita G. Fosse  
Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Masterstudiet helse- og sosialinformatikk, Grimstad, Kull 2009  
09.05.2012  
Antall ord: 15 636

## **SAMMENDRAG**

Masterprosjektet er gjennomført i samarbeid med Sørlandet sykehus HF. Prosjektet omfatter en kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. I dag preges samarbeidet mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten av samhandlingsreformen. Intensjonen med samhandlingsreformen er at den skal føre til kortere liggetid for pasienter i sykehus, samt at kommunen skal overta pasientene tidligere i behandlingsforløpet. Dette medfører en enorm omstilling for begge parter som vil kreve bedre samhandling, økt kompetanse, klare retningslinjer og endringer i organisasjonene.

Prosjektet bygger på intervjuer hvor informantene er relevante mennesker i helsetjenesten.

Det er utført 11 kvalitative intervju av sykepleiere ansatt ved Sørlandet sykehus HF.

Informantene har ulik alder og bakgrunn som sykepleiere. Målet med undersøkelsen er å kartlegge dagens utskrivningsrutiner samt å finne kritiske suksessfaktorer som kan være avgjørende ved implementeringen av et IS- system. I denne sammenhengen er IS- systemet som skal innføres elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. Datasamlingen foregikk over to uker, deretter ble det gjennomført transkribering og analyse av funn. I tillegg er det lest litteratur, faglige artikler og rapporter på det aktuelle tema.

Gjennom intervjuene kom det frem beskrivelser av hvordan utskrivningen av pasienter fra SSHF til den kommunale helse- og omsorgstjenesten foregår. Det kom også frem utfordringer, og positive og negative erfaringer som er knyttet til utskrivning av disse pasientene. Funnene viser at rutiner i forhold til utskrivning varierer fra avdeling til avdeling, og at retningslinjene sykehuset har for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie- omsorgs- og rehabiliteringstjenester ikke blir fulgt. Mange av sykepleierne kjenner heller ikke til retningslinjene som gjelder på deres arbeidsplass.

Det er også, ved hjelp av litteraturen, identifisert flere suksessfaktorer som bør vektlegges ved implementering av elektroniske PLO-meldinger.

## **ABSTRACT**

Conducted in cooperation with Sørlandet Hospital Health Enterprise (SSHF), this Master's Project involves a survey of the current routines for exchange of information when discharging patients in need of municipal health and care services. Cooperation between the hospital and the municipal health and care services is currently influenced by the Coordination Reform. The intention of the Coordination Reform is to produce shorter hospital stays for patients, and for the municipality to take over the patients at an earlier stage of the therapy process. This will involve an immense readjustment for both parties, requiring improved collaboration, increased competence, clear guidelines, and organizational changes.

The Project builds on interviews in which the respondents are relevant persons within the health services. 11 qualitative interviews have been conducted with nurses employed at Sørlandet Hospital Health Enterprise. The respondents are of different ages, with varied nursing backgrounds. The study aims to survey the current discharge routines as well as to identify critical success factors which may be decisive in the implementation of an IS system. In this context, the IS system to be introduced consists of electronic care and nursing notifications. The collection of data took place over a two week period, followed by transcription and analysis of findings. Moreover, literature, technical articles and reports on the topic in question have been studied.

The interviews revealed descriptions of the process of discharging patients from SSHF to the municipal health and care services. They also revealed challenges, as well as positive and negative experiences associated with discharge of these patients. The findings show that routines related to discharge vary between hospital units, and that hospital guidelines for discharging patients in need of municipal care, nursing and rehabilitation services are not followed. Many of the nurses are not aware of the guidelines in effect at their workplace. Also, based on the literature, several success factors have been identified that should be emphasised during implementation of electronic PLO-messages.

## **FORORD**

Prosjektet er gjennomført av studentene Gunn Birgitte Bue og Gro Anita Fosse. Begge er sykepleiere og jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Masterprosjektet er skrevet i faget HSI 500, ved masterutdanning i helse- og sosialinformatikk, Fakultet for helse og idrettsvitenskap, ved Universitetet i Agder.

Prosjektet er et samarbeid mellom Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) og Universitetet i Agder (UIA).

Vi vil rette en stor takk til de som har gitt oss viktig og nyttig informasjon og veiledning til prosjektet vårt:

Vår veileder Mariann Fossum for grundig, verdifull, engasjerende og motiverende veiledning.

Vi vil også takke henne for oppmuntring og støtte gjennom hele prosjektet. Hun har gitt oss selvtillit og lyst til å ta fatt på nye og større utfordringer.

Torhild Gregersen ved Sørlandet sykehus HF som har inngått samarbeid med oss i deres prosjekt og prosjektgruppen for faglig og nyttig tilbakemeldinger.

Enhetslederne ved avdelingene som har organisert og tilrettelagt slik at det ble mulig for oss å gjennomføre intervjuene.

De elleve sykepleierne som er ansatt ved Sørlandet sykehus HF som velvillig stilte opp til intervju.

Bibliotekaren Ragnhild Storlie ved universitetsbiblioteket som har gitt oss gode råd og veiledning om søk i databaser.

Våre medstudenter som har gitt oss gode råd og tips underveis i arbeidet med prosjektet.

Gunn Birgitte O. Bue og Gro Anita G. Fosse

Kristiansand 11.05.2012

*Når forandringens vind blåser, går noen i skjul,  
mens andre går ut for å bygge vindmøller*

*Kinesisk ordtak*

## Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Oppbygging av prosjektet.....	2
2.0 Problemanalyse og avgrensning av problemområde.....	3
2.1 Problemområdet .....	3
2.2 Kommunikasjon mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten .....	3
2.3 Handlingsplaner for IT-utvikling i helsetjenesten.....	6
2.3.1 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, S@mspill 2.0..	6
2.3.2 Nasjonalt meldingsløft (fra 2008).....	6
2.3.3 Handlingsplan 2011 – Meldingsløft i kommunene 2010-2011 .....	6
2.3.4 Strategisk plan for perioden 2009-2012 OSS .....	7
2.3.5 Strategiplan Sørlandet sykehus HF 2012-2014 .....	8
2.4 Oppsummering og presisering av problemet.....	8
3.0 Teoretisk referanseramme.....	10
3.1 Samhandling.....	10
3.1.1 Fyrtårnsprosjektet .....	11
3.1.2 ELIN-k.....	12
3.1.3 Erfaring fra elektronisk samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	13
3.1.4 Samhandling i Sverige.....	16
3.1.5 Samhandling i Danmark.....	16
3.2 Lover .....	16
3.3 Kommunikasjon.....	18
3.3.1 Kommunikasjonsprosessen .....	18
3.3.2 Ulike former for kommunikasjon .....	19
4.0 Implementering av informasjonssystemer .....	21
5.0 Metode .....	24
5.1 Bakgrunn for valg av metode .....	24
5.2 Utvalg.....	24
5.3 Gjennomføring av intervjuene .....	25
5.4 Litteratursøk .....	26
5.5 Metode for analyse av data.....	26
5.6 Etske hensyn.....	28

5.7 Undersøkelsens troverdighet .....	28
5.8 Metodekritikk .....	30
5.9 Kildekritikk .....	30
6.0 Funn fra undersøkelsen .....	31
6.1 Retningslinjer .....	31
6.2 De ulike aktørenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen .....	31
6.2.1 Sykepleier .....	31
6.2.2 Sykepleiernes syn på legens arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen .....	32
6.2.3 Sykepleiernes syn på sekretærens arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen.....	32
6.2.4 Sykepleiernes syn på fysioterapeut, ergoterapeut og sosionoms arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen .....	33
6.3 Kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen .....	33
6.4 Hvordan og når meldes en utskrivningsklar pasient til den kommunale helse- og omsorgstjenesten? .....	34
6.5 Skjema som benyttes i utskrivningsprosessen .....	34
7.0 Drøfting .....	37
7.1 Rutiner og de ulike aktørenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen.....	38
7.2 Suksessfaktorer som bør vektlegges ved implementering av elektronisk informasjonsutveksling .....	41
7.2.1 Informasjonskvalitet.....	41
7.2.2 Systemkvalitet .....	43
7.2.3 Servicekvalitet .....	45
7.2.4 Intensjon om bruk .....	47
7.2.5 Brukertilfredshet .....	48
7.3 utfordringer relatert til metode.....	49
7.4 Oppsummering.....	49
8.0 Konklusjon .....	50
8.1 Videre arbeid .....	50
Litteraturliste.....	51
Vedlegg 1 .....	1
Vedlegg 2 .....	3
Vedlegg 3 .....	4
Vedlegg 4 .....	5
Vedlegg 5 .....	6
Vedlegg 6.....	8



Figurliste:

Figur 1: De fem viktigste kjedene i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Figur 2: Beskrivelse av pasientens funksjonsnivå

Figur 3: Kommunikasjonsprosessen

Figur 4: DeLone & McLean, 2003: Oppdatert IS-suksessmodell

Tabelliste:

Tabell 1: Meldinger som sendes fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til sykehusene

Tabell 2: Meldinger som sendes fra sykehusene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tabell 3: Utdrag fra kvalitativ innholdsanalyse

Tabell 4: Kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen

Tabell 6: Forskjeller og likheter i utskrivningsprosessen

Tabell 5: Skjema som brukes i forbindelse med utskrivningen

Tabell 6: Utdrag fra en kompetansekartlegging

# BEGREPSAVKLARING OG DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER

**Baseline undersøkelse:** Undersøkelse som skal danne grunnlag for videre forskning innen et bestemt tema.

**Den kommunale helse- og omsorgstjenesten:** Helse- og omsorgstjeneste som tilbys i de ulike kommunene i landet.

**DIPS:** Er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge (DIPS, 2012).

**Elektronisk meldingsutveksling:** Ta i bruk teknologiske løsninger for å samhandle og samarbeide på nye og bedre måter (Helsedirektoratet, 2011a). Her elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og den kommunale helse- omsorgstjenesten.

**Elektronisk samhandling:** Elektronisk informasjonsutveksling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sykehus og fastleger.

**ELIN-k:** Nasjonalt prosjekt i regi av Norsk Sykepleierforbund og Kommunens Sentralforbund som skulle bidra til bedre og økt samhandling (Skarsgaard et al., 2011).

**Epikrise:** Sammenfatning av journalopplysninger (FOR 2000-12-21 nr. 1385).

**EPJ:** Elektronisk pasientjournal er en elektronisk samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp (KITH, 2012).

**Hjemmesykepleie:** Er den delen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som driver med pleie og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon.

Hjemmesykepleien er den helsefaglige delen av de kommunale hjelpeordninger for hjemmene. Kjernepersonell i hjemmesykepleien er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere (Store norske leksikon, 2012a).

**IKT:** Informasjons- og kommunikasjonsteknologi.

**Implementere:** Iverksette (Store norske leksikon, 2012b).

**Intranett:** Et internt nettverk for en bedrift, der kun de ansatte i bedriften har tilgang.

**IS:** Informasjonssystem.

**IS-Suksessmodell:** Inneholder faktorer som må være tilstede for å sikre at implementeringen av et IS system blir mest mulig vellykket.

**KITH:** Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren.

**LEON-prinsippet:** Lavest Effektive Omsorgsnivå og er et prinsipp om at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.

**MIK:** Meldingsløft i kommunene.

**OSS:** Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg for Sørlandet sykehus HF og kommunene i Aust- og Vest-Agder (SSHF, 2009).

**Pasientjournal:** Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp (KITH, 2012).

**PLO-meldinger** Pleie og omsorgsmeldinger.

**Samhandling:** Uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles mål, omforent mål samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld nr. 47 (2008-2009)).

**Spesialisthelsetjenesten:** Den delen av helsevesenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten.

**SSHF:** Sørlandet sykehus Helseforetak.

**Sykehjem:** Institusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie og omsorg til pasienter.

**Sykehus:** Tilbyr befolkningen spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

**Sykepleiedokumentasjon:** Dokumentasjonen av pleie som tjenesteyteren har et selvstendig, faglig ansvar for (KITH, 2003).

**Sykepleier:** Yrkestittel på personer som er autorisert som sykepleier i henhold til bestemmelsene i helsepersonelloven. For godkjenning kreves 3-årig grunnutdanning i bachelor i sykepleie. Sykepleiere arbeider i alle ledd av helsetjenesten, både klinisk og administrativt, og innen forskning og utdanning (Store norske leksikon, 2012c).

## 1.0 Innledning

I 2009 vedtok regjeringen samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)). I samhandlingsreformen blir behovet for en sammenhengende helsetjeneste og at kommunen skal overta et større ansvar for forebygging og behandling i omsorgen til pasientene vektlagt. Liggetiden i sykehus skal reduseres og flere pasienter skal overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten tidligere i behandlingsforløpet. Dette medfører at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ivareta dårligere pasienter med mer komplekse sykdomstilstander. Sykehuset skal melde pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester til kommunen minst 24 timer før utskrivning. Behovet for samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil komme til å øke betydelig i forbindelse med denne reformen. IKT og elektronisk samhandling er et av de viktigste virkemidlene for å møte disse utfordringene (Skarsgaard et al., 2011; Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Mangelfull samhandling innad i kommunene, og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus er kanskje den største utfordringen norsk helsetjeneste står overfor. God samhandling bør gi bedre kvalitet på tjenestene, og arbeidsprosessene bør bli mer effektive, slik at helsepersonell kan bruke mer tid på direkte pasientkontakt og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er derfor interessant og nødvendig å se på dagens rutiner for samhandling mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette masterprosjektet er gjennomført i samarbeid med SSHF. Prosjektet omfatter en kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. SSHF ønsker at det skal foretas en baseline kartlegging av dagens arbeidsflyt og informasjonsflyt i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det man ønsker å oppnå med en baseline undersøkelse er å samle inn data som skal danne grunnlag for videre forskning innen samme tema. I dette tilfellet tenker man at en kartlegging av dagens utskrivningsrutiner skal danne grunnlag for måling av effekter etter implementeringen av elektroniske PLO-meldinger mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidsflyt innebærer oppgaver, prosedyretrinn, involverte organisasjoner eller personer og redskap som trengs i hvert trinn i prosessen (Wulong, 1998). I denne forbindelse kan arbeidsflyt forstås som det å sørge for rett informasjon, til rett person, til rett tid, for å utføre en bestemt oppgave. Informasjonsflyt sier noe om å utveksle informasjon om pasienten og på

hvilken måte dette blir gjort. IKT er ett av flere hjelpemidler som er tatt i bruk for å effektivisere informasjonsflyten i helsetjenesten. Et av målene med bruk av IKT i helsetjenesten er at de ulike behandlerne som er knyttet til en pasient, lett skal kunne utveksle informasjon i forhold til diagnose og behandling av pasienten.

## **1.1 Oppbygging av prosjektet**

I kapittel to presenteres problemanalysen og avgrensning av prosjektet. Her blir det redegjort for problemområdet og samhandling mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt handlingsplaner for samhandling i helsetjenesten. Gjennomgangen vil føre frem til en presentasjon av hypotese, problemstilling og forskningsspørsmål. Tredje kapittel omhandler teorigrunnlaget. I teorigrunnlaget vil det vektlegges samhandling og erfaringer fra tidligere prosjekter om elektroniske samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge, Sverige og Danmark, lover og kommunikasjon. I det fjerde kapittelet presenteres DeLone & McLeans IS-suksessmodell. Modellen blir brukt til å forstå og belyse funnene fra undersøkelsen. Kapittel fem omhandler metoden som er brukt. Det er redegjort for bakgrunn for valg av metode, utvalg, gjennomføring av intervjuene, litteratursøk, metode for analyse av data, etiske hensyn, undersøkelsens troverdighet, metodekritikk og kildekritikk. Kapittel seks inneholder en presentasjon av funnene fra undersøkelsen. I kapittel syv drøftes funnene som leder til en konklusjon i kapittel åtte.

## **2.0 Problemanalyse og avgrensning av problemområde**

Prosjektet avgrenses til å se på hvilke rutiner SSHF har for utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På grunn av prosjektets omfang er prosjektet avgrenset til å omfatte den vertikale utvekslingen av informasjon som foregår mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har derfor ikke sett på den horisontale kommunikasjonen innenfor SSHF (Hellesø, 2006). Fokuset har vært på hvordan utskrivningen gjøres i dag, og hvilken teknologi som brukes i denne samhandlingen. Videre i kapittelet vil problemområdet bli belyst.

### **2.1 Problemområdet**

Pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som mottar helsehjelp i hjemmet eller i institusjon er ofte sårbare mennesker med kompliserte og løpende behov (Kodner, 2002). I følge Hellesø (2006) er dette eldre mennesker med sammensatte sykdommer, kronisk syke, terminale, kreftpasienter, psykisk syke og demente mennesker. Disse pasientene krever ofte en blanding av tjenester levert av en eller flere tilbydere, og ofte overflytning fra et nivå av omsorg til et annet (Kodner, 2002). Fra 2010 vil antall personer over 67 år stige kraftig. Allerede innen 2035 vil antall mennesker over 80 år dobles (Teknologirådet, 2009).

Regjeringens svar på disse utfordringene er samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen gir helsetjenesten ny retning. Reformen satser på å forebygge framfor å kun reparere, samt tidlig innsats framfor sen innsats. Reformen skal også få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, som for eksempel sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre skal reformen bidra til å flytte helsetjenester nærmere der folk bor. Kommunene vil få flere oppgaver og pasientene vil få sterkere brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet 2012b).

### **2.2 Kommunikasjon mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Intensjonen med samhandlingsreformen er blant annet overføring av flere oppgaver fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Når en svekket pasient blir innlagt på eller utskrevet fra et sykehus, er det mye data og opplysninger om pasienten som skal utveksles og avtales mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Deloitte, 2010). Det er da viktig at de som skal gi pasienten helsehjelp har nødvendig og

oppdatert informasjon slik at pasienten opplever å få forsvarlig helsehjelp (Fugelsnes, 2010). God samhandling i helsetjenesten skal sikre at pasientene opplever at helsetjenesten er der for dem. Dette uavhengig av om det er sykehusene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten (St.prp. nr. 1 (2005-2006)). Befolkningsgrunnlaget for SSHF er ca. 280 000 mennesker som bor i 32 ulike kommuner (SSHF, 2011b), og det er derfor mye samhandling mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes flere ulike kanaler for samhandling. Kanalene brukes til å formidle informasjon og avhenger av blant annet samhandlingspartnere, ansvar, lovverk og innhold.

Det er ofte underskudd i kommunikasjonen og informasjonsoverføringen ved utskrivning av pasienter fra sykehus (Kripalani et al., 2007). Samhandlingsutfordringene er størst for kronisk syke og eldre med behov for oppfølging fra flere ulike instanser (Snøfugl et al., 2006). Dårlig kommunikasjon kan føre til at nødvendig informasjon ikke når frem til sykehuset eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Hellesø og Fagermoen, 2010), eller at den informasjonen som blir sendt er unøyaktig og feil. Dette kan medføre at helsepersonell må bruke unødvendig mye tid på å innhente informasjon (Fugelsnes, 2010). Mangelfull samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan også føre til alvorlige konsekvenser for pasienten som dårligere oppfølging (Otterstad, 2011), lengre sykehusopphold, flere gjeninnleggelse og maktesløse pasienter (Fugelsnes, 2010). Dårlig kommunikasjon kan også få økonomiske følger siden kommunene vil få dagbøter hvis de ikke kan motta pasienten når sykehuset har meldt pasienten ferdigbehandlet (Otterstad, 2011).

Hittil har mesteparten av kommunikasjonen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester vært papirbasert eller ved bruk av telefon (Skaarsgaard et al., 2011). Ottestad (2011) påstår at dette kan være med på å forsinke kommunikasjonen mellom sykehus og den kommunale helse og omsorgstjenesten. Innholdet i denne informasjonen har i følge Skaarsgard et al. (2011) ikke vært standardisert. Dette har ført til at det finnes mange ulike overføringsrapporter, og det har vært opp til den enkelte kommune og sykehus å bestemme innholdet i rapportene. Det har også vært lite fokus på hvilken informasjon mottakeren trenger for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp.

Den Nasjonale helse- og omsorgsplanen ble lagt ut til høring høsten 2010. Den viser hvordan samhandlingsreformen er tenkt gjennomført. Høringen viste at det er en enighet om at all skriftlig informasjonsutveksling i helsetjenesten i fremtiden skal skje elektronisk. I følge Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015) skal regjeringen fremme en stortingsmelding

om elektronisk samhandling i helsetjenesten i løpet av 2012 (Meld. st. 16 (2010-2011)). Bruk av elektroniske løsninger i kommunikasjon mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester er en viktig forutsetning for at samhandlingsreformen skal lykkes.

Det er gjennomført flere samhandlingsprosjekter lokalt og regionalt for å bedre samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra disse prosjektene viser et stort forbedringspotensial knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Snøfugl et al., 2006).

En studie av Melby et al. (2010) viser at å starte med elektronisk meldingsutveksling alene bare i noen grad endrer informasjonsinnholdet. For å utnytte potensialet til elektronisk samhandling er det mange rutiner som må på plass. Dette kan være rutiner som gode dokumentasjonsrutiner i EPJ, god opplæring og tilgang til skriftelige rutiner for bruk av PLO-meldinger.

Dette prosjektets fokus er å kartlegge hvilke rutiner to avdelinger har ved utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er sett på hvordan dagens kommunikasjon mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten foregår. Sykehuset har utarbeidet felles retningslinjer for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie, omsorgs- og rehabiliteringstjenester (vedlegg 1). Disse retningslinjene ble utformet år 2010 og er tilgjengelige for ansatte via sykehusets intranettside. Retningslinjene beskriver at sykehuset skal gi melding/sende søknad om tjeneste til kommunen. Videre skal sykehuset melde utskrivningsdato til kommunen så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Når pasienten drar fra sykehuset skal sykepleier rapporten, som skrives av en sykepleier, sendes med pasienten. Pasienten får i tillegg med seg epikrise/foreløpig epikrise/behandlingsrapport. Det er den behandlende legen sitt ansvar å skrive denne. Epikrisen sendes også til pasientens fastlege og til sykehjemmet dersom pasienten bor der. Nødvendige opplysninger fra fysioterapeut sendes også med utskrivningsrapporten. Per i dag benyttes ikke elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Man vet at sykehuset har utviklet retningslinjer for utskrivning av pasienter, og at disse ligger tilgjengelige for ansatte på sykehusets eget intranett. Det er allikevel grunn til å stille spørsmål om disse retningslinjene er så brukervennlige og tilgjengelige at de blir fulgt i en utskrivningsprosess.



## **2.3 Handlingsplaner for IT-utvikling i helsetjenesten**

I dette avsnittet beskrives ulike handlingsplaner som omhandler samhandling i helsetjenesten.

### **2.3.1 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, S@mspill 2.0**

S@mspill 2.0 er den fjerde nasjonale strategien for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i Norge, og er oppfølgeren til S@mspill 2007. Strategien gjelder fra 2008-2013. S@mspill 2.0 er en videreføring av målene i de tidligere strategiene. Målet med strategien er at brukere skal oppleve møtet med helsetjenestene som et helhetlig forløp. Elektronisk samhandling er avgjørende for å sikre nødvendig informasjonsflyt for å nå dette målet. Visjonen med strategien er et helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling. Strategien viser til konkrete tiltak innenfor elleve satsningsområder hvor nasjonalt meldingsløft er et av områdene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

### **2.3.2 Nasjonalt meldingsløft (fra 2008)**

Nasjonalt meldingsløft er et program som fokuserer på utfordringene knyttet til realisering av samhandlingsløsninger på tvers av virksomheter. For å oppnå dette skiftes gamle løsninger ut med nye standardløsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Det overordnede målet for det Nasjonal meldingsløftet er bedre samhandling og et sammenhengende forløp i helsetjenesten. MIK er et nasjonalt program som er underlagt det Nasjonale meldingsløftet (Helsedirektoratet, 2011b).

### **2.3.3 Handlingsplan 2011 – Meldingsløft i kommunene 2010-2011**

MIK er et program for utbredelse av elektronisk meldingsutveksling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og deres samarbeidspartnere. MIK tar utgangspunkt i elektroniske meldinger og løsninger som er ferdig utviklet, pilotert og klare til bruk i helsesektoren. Programmet består av flere prosjekter etablert av sektorens aktører. Formålet med programmet er utbredelse av effektiv, helhetlig og fungerende informasjonsutveksling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og deres samarbeidspartnere. Hovedmålet med programmet er utbredelse av elektronisk meldingsutveksling i samhandlingskjeder hvor kommunale helse- og omsorgstjenester inngår. Delmålene til MIK er at de piloterte elektroniske meldingene er tatt i bruk i utvalgte kommuner, og at meldingene er implementert slik at de oppleves som nyttige og kvalitetshevende for samhandlingsaktørene. Programmet

skal organiseres slik at det legger til rette for videre utbredelse innen kommunale helse- og omsorgstjenester også utover de involverte samarbeidskommunene. Meldingsløftet i kommunen 2010-2011 er handlingsplanen for MIK. Det som har vært førende for handlingsplanen er å beskrive målsettinger og aktiviteter for 2011 (Helsedirektoratet, 2011b).

### **2.3.4 Strategisk plan for perioden 2009-2012 OSS**

For å videreutvikle og forbedre samhandlingen mellom SSHF og kommunene i Vest- og Aust Agder, er det etablert et Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg. I rapporten til OSS blir det nevnt at en av de store utfordringene og målene ved samhandlingen er å skape et helhetlig og sammenhengende tilbud til pasientene, slik at de opplever en samordnet helsetjeneste som er preget av kontinuitet og kvalitet. Et strategisk grep blir å minske gapet mellom sykehuset og kommunene og å realisere LEON prinsippet. Rapporten vektlegger at ved å gjennomføre strukturelle tiltak, og ved å bygge en samhandlingskultur preget av respekt, tillit, likeverd, vilje og evne til samhandling vil det være mulig å videreutvikle og forbedre samhandling mellom disse nivåene (SSHF, 2009).

Som et ledd i arbeidet har SSHF og kommunene i Vest- og Aust Agder opprettet en prosjektgruppe som arbeider med implementeringen av meldingsløft i kommunen. Dette er et delprosjekt som beskriver en koordinering og felles problemløsning mellom foretak og kommunen. Prosjektet er en videreføring av ELIN- k prosjektet fase to.

I følge prosjektbeskrivelsen ”Meldingsløft i kommunene” som er utarbeidet av SSHF august 2011 er hovedmålet med implementeringen av pleie- og omsorgsmeldinger å kvalitetssikre dokumentasjonen gjennom hele pasientforløpet. Dette gjøres ved å:

- Etablere en god løsning for å sikre utsendelse og mottak av elektroniske PLO-meldinger til og fra kommunale samhandlingspartnere og utvikle parallell sending av papir.
- Utarbeide og implementere gode interne rutiner som sikrer at meldingene blir riktig adressert og sendt elektronisk til aktuelle mottakere.
- Utarbeide og implementere gode interne rutiner for oppfølging av applikasjonskvitteringer på utsendte meldinger.
- Utarbeide felles rutiner som skal være gjeldende for alle samarbeidende kommuner (SSHF, 2011a).

### **2.3.5 Strategiplan Sørlandet sykehus HF 2012-2014**

Strategiplanen for SSHF 2012-2014 er førende for prioriteringer i og utvikling av sykehuset i denne perioden. Planen skal skape nødvendig forutsigbarhet og trygghet for tjenestetilbudet for både virksomhetens pasienter, medarbeidere, samarbeidspartnere, samfunnet og befolkningen for øvrig. Strategien har fem satsingsområder, og samhandling for høyere kvalitet og effektivitet er et av områdene. Målet er at meldingsløftet skal implementeres mellom alle aktører i behandlingsskjeden for å styrke kvalitet og effektivitet i dokument- og kommunikasjonsflyten (SSHF, 2011b).

### **2.4 Oppsummering og presisering av problemet**

Mangelfull samhandling innad i kommunene, og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehusene er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Hvis helsetjenesten skal klare å møte økningen i antall eldre og kronisk syke mennesker må kvaliteten på samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bedres (Hellesø et al., 2010). Mangelfull samhandling kan føre til at nødvendig informasjon ikke når frem til den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sykehuset. Dette kan få konsekvenser for pasienten som dårligere oppfølging, lengre sykehusopphold og flere gjeninnleggelser.

Hittil har det meste av kommunikasjonen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester vært papirbasert eller ved bruk av telefon. Dette kan være med på å forsinke den kommunikasjonen som foregår i forbindelse med utskrivning av en pasient fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Implementering av elektronisk meldingsutveksling skal bedre denne kommunikasjonen.

Prosjektet bygger på følgende antagelse:

Retningslinjene ved sykehuset blir ikke fulgt, og rutinene for utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten varierer fra avdeling til avdeling.

Gjennom arbeidet med problemanalysen er følgende problemformulering med tilhørende forskningsspørsmål formulert:

**Problemformulering:**

*Hvordan foregår informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning av pasienter fra sykehuset?*

*Hvilke suksessfaktorer er det viktig for sykehuset å vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger?*

**Forskningsspørsmål:**

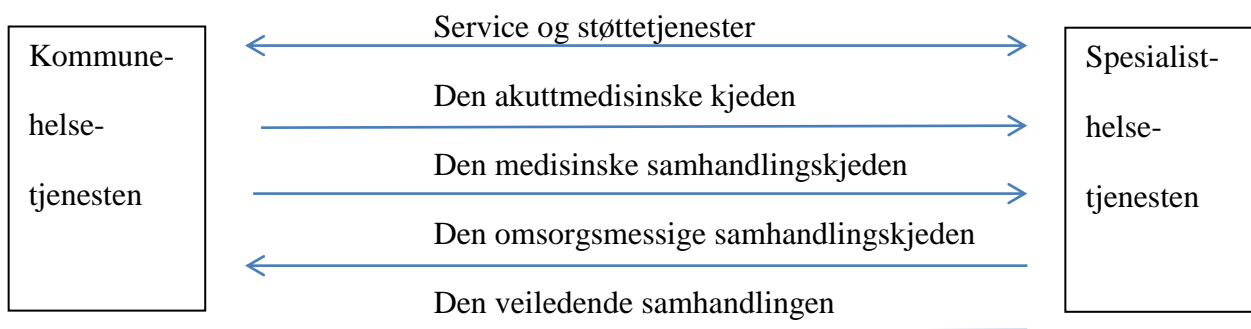
1. Hvordan er arbeidsflyten i utskrivningsprosessen?
2. Hvordan er informasjonsflyten i utskrivningsprosessen?
3. Hvilke retningslinjer finnes for informasjonsutveksling i forbindelse med utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
4. Hvilke faktorer bør man vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger i sykehus?

### 3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenteres aktuell litteratur om samhandling, ulike samhandlingsprosjekter, forskning på området og erfaringer fra andre sykehus og land. Det blir redegjort for lover og forskrifter som omhandler utveksling av pasientinformasjon, samt kommunikasjonsteori.

#### 3.1 Samhandling

God samhandling skal sikre at alle opplever at helsetjenesten er til for dem uavhengig av om det er sykehusene, kommunene, fylkeskommunene eller private aktører som tilbyr hele eller deler av tjenestene (St.prp. nr. 1 (2005-2006)). For å støtte opp om samhandlingen brukes det forskjellige informasjons- og kommunikasjonskanaler som for eksempel telefon og telefax. Figuren 1 viser fem ulike kjeder i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Snøfugl et al., 2006).



Figur 1: De fem viktigste kjedene i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Snøfugl et al., 2006, s. 2).

Prosjektet fokuserer på den omsorgsmessige samhandlingskjeden. Samhandlingskjeden er knyttet til samspillet mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning av pasienter som har behov for pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester. For disse pasientene er tilgang til og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester en forutsetning for at de kan utskrives fra sykehuset. Den omsorgsmessige samhandlingen er tverrfaglig, hvor sykepleiere er viktige aktører (Snøfugl et al., 2006). Snøfugl et al. (2006) hevder at informasjonsoverføring som klargjør behov for videre oppfølging av pasienten må sikres ved direkte kontakt med utskrivende avdeling og kontaktperson i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Siden det er telefon som er den mest brukte kommunikasjonskanalen i dette arbeidet, blir beslutningene som tas ofte ikke dokumentert.

Snøfugl et al. (2006) sier at ”bedring av samhandling omkring pasientforløpet i den omsorgsmessige kjeden, er det området som peker seg ut som kan gi størst gevinst både for pasienten og helseforetakene” (Snøfugl et al., 2006, s. 7). Videre har Snøfugl et al. (2006) vurdert erfaringene fra samhandlingsprosjekter med formål om å ta i bruk og utvikle IKT-løsninger i samhandlingen mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De har skilt mellom følgende metoder for bruk av IKT-verktøy som er etablert eller er under utvikling for å støtte opp om samhandlingen:

- Utveksling av meldinger
- Deling av informasjon
- Sammenstilling av helhetlige forløp
- Fag- og beslutningsstøtte
- Videokonferanse (Snøfugl et al., 2006, s. 5).

Elektronisk meldingsutveksling er mest brukt i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Snøfugl et al., 2006). Det har tidligere blitt gjort flere prosjekter på elektronisk samhandling. I dette prosjektet er det valgt å fokusere på fyrtårnsprosjektet og ELIN-k.

### **3.1.1 Fyrtårnsprosjektet**

S@mspill 2007 var en statlig strategi fra 2004 til 2007. Et av de strategiske områdene i strategien var kommuneprogrammet (Helse- og sosialdepartementet, 2004). Et av tiltakene i S@mspillstrategiens kommuneprogram var oppretting av fire fyrtårnsprosjekter. Målet for fyrtårnsprosjektene var å etablere løsninger for elektronisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og deres samarbeidsaktører. Det ble valgt ut fem kommuner og alle helseregionene var representert. Kommunene som ble valgt ut hadde ulike satsningsområder. Stavanger kommune var en av de utvalgte kommunene. De skulle forberede kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, Stavanger Universitetssykehus og fastlegene ved å utvikle og ta i bruk elektronisk meldingsutveksling (Melby og Hellesø, 2008).

### 3.1.2 ELIN-k

ELIN-k ble avsluttet i februar 2011. Prosjektet skulle bidra til bedre og økt samhandling. Dette for å sikre pasientene helhetlige forløp i helse- og omsorgskjeden, samt sikre rett informasjon til rett tid og til rett person, slik at forsvarlig helsehjelp kan utøves (Skarsgaard et al., 2011). Prosjektet er et av tiltakene i kommuneprogrammet som beskrives i S@mspill 2.0 (Helse- og sosialdepartementet, 2008). For å sikre pasienten helhetlige forløp i helse- og omsorgskjeden gjennom elektronisk kommunikasjon må alle IKT-systemer som brukes basere meldingsutvekslingen på felles standarder, faglig innhold og felles struktur. Løsningene som brukes må også være svært brukervennlige og funksjonelle.

Gjennom prosjektet ble det utviklet standardiserte meldinger for elektronisk samhandling. Det ble lagt til rette for at kommuner, sykehus og fastleger skal kunne bruke meldingene for å utveksle informasjon om pasienter som det samarbeides om. PLO-meldingene dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som pleie- og omsorgstjenesten har i samhandling med fastlege og sykehus. Prosjektet har bestått av tre faser:

- Fase 1: Pleie- og omsorgstjenesten og fastleger
- Fase 2: Pleie- og omsorgstjenesten og sykehus
- Fase 3: Pleie- og omsorgstjenesten og legevakt

Det er fase 2, elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er interessant å se på i forhold til prosjektets tema.

Fase 2 har utviklet ELIN-k løsninger i alle EPJ-system i henhold til kravspesifikasjoner og meldingsstandarder. KITH har testet og godkjent meldingene. Meldingene er pilotert ved tre av fem sykehus og i fire av seks pilotkommuner. Dette gjelder ikke utskrivningsrapporten. Løsningene er ikke blitt testet fullt ut fordi sykehussystemene ikke er klare til full pilotering. Man avventer en test av utskrivningsrapporten inntil det blir en endelig godkjenning for utbredelse (Skaarsgaard et al., 2011).

Meldingene som er utviklet i denne fasen dekker det behovet som sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har for å kunne føre en faglig elektronisk dialog. For å bidra til rett bruk av elektroniske meldinger har ELIN-k prosjektet utarbeidet forslag til retningslinjer for bruk av PLO-meldinger.

Tabell 1 og 2 viser en oversikt over hvilke meldingstyper som er tilgjengelige for sending fra de kommunale pleie- og omsorgssystemene og sykehussystemene (Skaarsgaard et al., 2011).

Tabell 1: Meldinger som sendes fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til sykehusene (Skaarsgaard et al., 2011, s. 14)

Meldingstype	Bruk
Innleggelsesrapport	Sendes fra pleie- og omsorgstjenesten når pasienten legges inn på sykehus.
Avvik	Brukes i forbindelse med avvik som omhandler opplysninger om pasienten.
Forespørsel/svar på forespørsel	Brukes for å føre en meldingsbasert dialog med sykehuset.

Tabell 2: Meldinger som sendes fra sykehusene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Skaarsgaard et al., 2011, s. 14)

Meldingstype	Bruk
Logistikkmeldinger <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melding om innlagt pasient</li> <li>• Melding om utskrivningsklar pasient</li> <li>• Avmelding av utskrivningsklar pasient</li> <li>• Melding om utskrevet pasient</li> </ul>	Brukes til å overføre administrativ informasjon knyttet til en sykehusinnleggelse, planlegging av utskrivningen og til utskrivelsen. Meldingen inneholder ingen helseinformasjon om pasienten.
Helseopplysninger ved søknad	Brukes når pasienten har behov for nye eller endrede pleie- og omsorgstjenester i kommunen etter utskrivelse fra sykehus.
Utskrivningsrapport	Medisinske og sykepleiefaglige opplysninger som sendes til kommunen utskrivningsdagen for pasienter som skal følges opp av kommunens pleie- og omsorgstjeneste.
Avvik	Brukes i forbindelse med avvik som omhandler opplysninger om pasient.
Forespørsel/svar på forespørsel	Brukes for å kunne føre en meldingsbasert dialog med pleie- og omsorgstjenesten.

### 3.1.3 Erfaring fra elektronisk samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er gjort flere studier på implementering av elektronisk samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre blir det oppsummert resultater fra ulike studier innen dette feltet.

- **Endrede arbeidsprosesser**

Implementering av elektroniske rapporter endrer arbeidshverdagen for helsepersonell på flere måter. Implementering av elektronisk samhandling gir tidsmessige og administrative lettelser



i den daglige kommunikasjonen. I Danmark viser studier at tidsforbruket i forbindelse med utskrivning reduseres med ca. ti minutter etter implementering av elektronisk samhandling. Dette fordi data kan overføres automatisk slik at man slipper dobbeltregistrering av informasjon (Deloitte, 2010). Videre opplever helsepersonell at de sparer tid på å få tak i de rette personene når den elektroniske kommunikasjonen fungerer slik den skal (Melby og Hellesø, 2008). Elektronisk samhandling medfører at man slipper eller minsker behovet for scanning.

Ved elektronisk kommunikasjon kan sykehuset sende beskjeder til kommunen når de vil, uavhengig av åpningstider tiltjeneste-/bestillerkontor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De elektroniske rapportene er også enklere å finne igjen sammenlignet med papirrapporter da de blir lagret i EPJ (Melby og Hellesø, 2008).

Når det skrives utskrivningsrapporter i EPJ må man følge en bestemt prosedyre. Studie viser at helsepersonell føler at dette hemmer fleksibiliteten de hadde når de skrev utskrivningsrapporter på papir. Før implementeringen av elektroniske utskrivningsrapporter skrev sykepleiere og leger dokumentasjon når de hadde tid. I de elektroniske utskrivningsrapportene må sykepleiedokumentasjonen skrives før utskrivningsrapporten overføres til legen. Legen legger til medisinske opplysninger og godkjenner dokumentet (Melby og Hellesø, 2010).

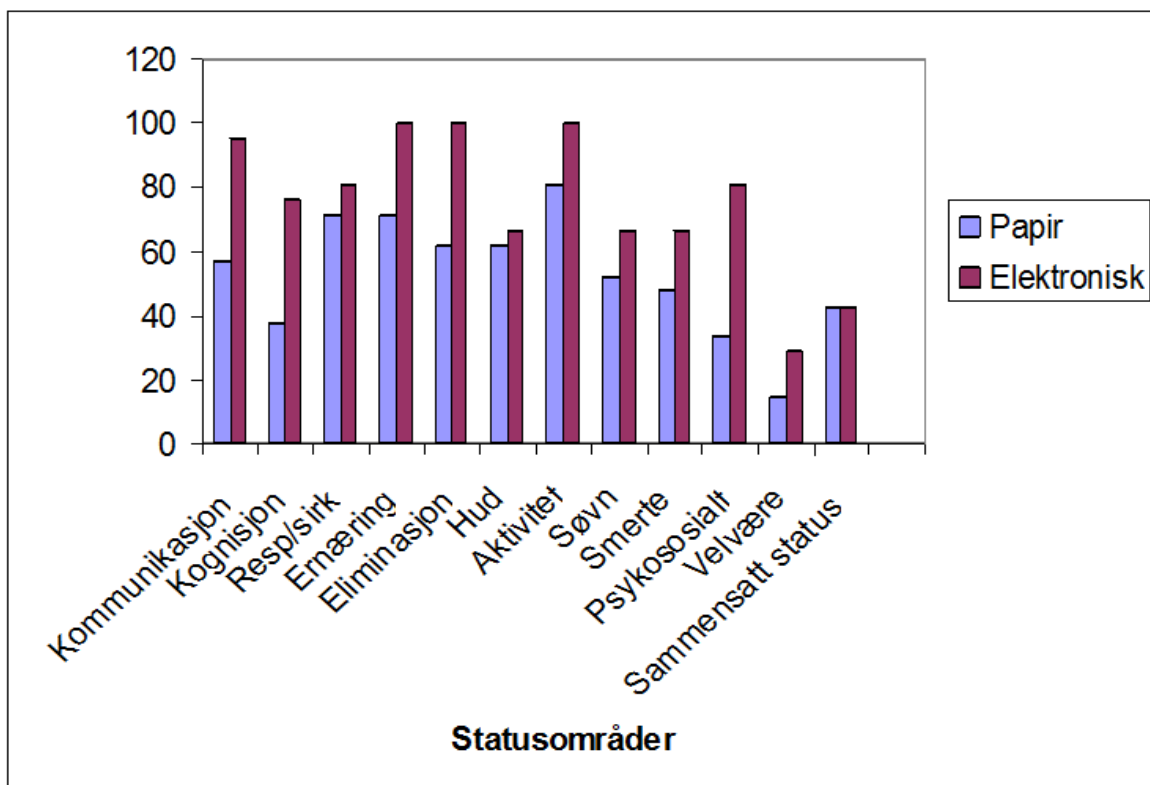
- **Kommunen er mer forberedt på mottak av pasienter**

Implementering av elektroniske utskrivningsrapporter fører til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mer forberedt på å motta pasienter fra sykehuset fordi de mottar pasientinformasjon tidligere enn de gjorde da kommunikasjonen foregikk via papir og telefon (Melby og Hellesø, 2010; Deloitte, 2010). Sykepleierne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilgang til oppdatert pasientinformasjon før pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Dette er nyttig i planleggingsprosessen og det gir sykepleierne mulighet til å forberede en bedre overføring av pasienten fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Melby og Hellesø, 2010).

- **Kvaliteten på utskrivningsrapportene varierer**

Flere studier viser at implementering av elektroniske rapporter øker lesbarheten og tilgjengeligheten til informasjon (Melby og Hellesø, 2008; Snøfugl og Hellesø, 2006). Rapportene blir også mer presise fordi bruk av tegn og symboler minimeres (Snøfugl et al., 2006). Mottakeren av de elektroniske utskrivningsrapportene opplever at disse er lengre enn de skiftelige (Håland og Straume, 2005). Det er blitt en sterk økning i rapportering av

administrative og praktiske opplysninger som informasjon om pasientens fastlege, pasientansvarlig assistentlege, sykepleier, innleggelsesdato, utskrivningsdato og navn på sengeposten pasienten har vært innlagt på etter implementering av elektroniske utskrivningsrapporter (Melby et al., 2010). Det har i også vært en økning i beskrivelse av pasientens funksjonsnivå (Hellesø, 2006). Melby et al. (2010) hevder at sykepleierne oftere rapporterer om endringer i pasientens tilstand eller funksjonsnivå fra innkomst til utskrivning i elektronisk utskrivningsrapport enn i papirbasert rapport. Figur 2 viser en økning i rapportering av pasientens funksjonsnivå.



Figur 2: Beskrivelse av pasientens funksjonsnivå (Hellesø, 2006, foil nr. 26).

Skaarsgaard et al. (2011) hevder at de piloterte PLO-meldingene dekker helsepersonells behov for elektronisk informasjonsutveksling på en god måte. Melby og Hellesø (2008) hevder derimot at de elektroniske rapportene mangler mye av den informasjonen som helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trenger. Prosjekter fra Danmark viser at kommunikasjonsstandarder sikrer overføring av relevant data og opplysninger til og fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehuset.

### **3.1.4 Samhandling i Sverige**

I en artikkel fra sykepleien sammenligner Otterstad (2011) samhandling i Norge og Sverige. Den største likheten forfatteren peker på er at det i helsetjenesten går et skille mellom behandlingsansvar mellom kommuner og sykehus. Felles for begge land er at det er en lege som er ansvarlig for innleggelse i sykehus og utskrivning fra sykehus når pasienten er ferdigbehandlet. Forskjellen er at kommunene og sykehusene i Sverige samhandler elektronisk, mens denne samhandlingen i Norge ennå foregår manuelt mange steder. Sverige får til et mer dekkende samarbeid mellom ulike aktører ved utarbeidelse av ”vårdplan”. Her er viktige aktører behandlende lege på sykehuset, ansvarlig lege i kommunen, sykepleier i kommunen, pasienten og pårørende. Dette er pålagt i Sverige mens et slikt møte i Norge bare arrangeres der det er helt nødvendig. Utarbeidelse av ”vårdplan” gir en større involvering av pårørende og pasienten gjennom sykdomsforløpet og tiden etter (Otterstad, 2011).

### **3.1.5 Samhandling i Danmark**

Det er også forskjeller i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge og Danmark. I Danmark samhandler flere kommuner og sykehus elektronisk, og det er utviklet flere standarder for samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Deloitte, 2010). Når en pasient legges inn på sykehus i Danmark sender sykehuset en elektronisk beskjed til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må sende et svar på denne henvendelsen. Svaret skal inneholde informasjon om hvilken personalgruppe pasienten er tilknyttet og telefonnummer til disse. Når pasienten legges inn på sykehuset skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten sende en innleggelsesrapport til sykehuset. Innleggelsesrapporten skal inneholde informasjon om pasienten, hjelpemidler, medisin, status osv. Når pasienten er ferdigbehandlet på sykehuset, sendes det en melding til den kommunale helse- og omsorgstjenesten om at pasienten er ferdigbehandlet. Deretter sendes det en sykepleierapport. Når pasienten er utskrevet sendes det en melding om at pasienten er utskrevet (Hoem et al., 2008).

## **3.2 Lover**

De viktigste lovene og forskriftene som omhandler utveksling av pasientinformasjon blir presentert i dette kapitlet. Helsepersonelloven § 4 sier at hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (LOV-1999-07-02 nr. 64). Ved utskrivning av pasienter fra helseinstitusjon skal epikrise

sendes til det helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. journalforskriften § 9 (FOR 2000-12-21 nr. 1385). Det å utveksle slik informasjon innebærer å dele pasientopplysninger med andre. Pasientopplysninger er taushetsbelagte og for å utveksle disse må en ha lovhjemmel som sier at en kan gjøre unntak fra taushetsplikten. Det viktigste grunnlaget for utveksling av pasientinformasjon er samtykke fra pasienten. Forutsetningen for at pasienten kan samtykke er at vedkommende har samtykkekompetanse. Alle myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser har rett til å samtykke til helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 (Lov 1997-07-02 nr. 63). Utveksling og behandling av pasientinformasjon kan også være lovpålagt: IPLOS-registrering, dokumentering i EPJ m.m. (KITH, 2011).

Rett til å utveksle pasientopplysninger uavhengig av taushetsplikten ut fra hensynet til å yte helsehjelp finner en i helsepersonelloven § 45 (Molven, 2009):

*Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som yte eller yter helsehjelp til pasienten etter denne lov gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på en forsvarlig måte (Lov av 1999-07-02 nr. 64, § 45).*

Bestemmelsen gir helsepersonell adgang til å utlevere opplysninger om pasienters helsetilstand og behandling til annet helsepersonell når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp (Molven, 2009).

Helsepersonelloven § 25 sier at “ med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp” (Lov av 1999-07-02 nr. 64). Opplysningene kan bare gis videre når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen gjelder ved samarbeid mellom helsepersonell både internt og eksternt (Molven, 2009). Ved utskrivning kan sykepleiere i sykehus bare gi opplysninger til sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det er nødvendig for pasientens videre behandling og oppfølging.

Hvis pasienten ber om at annet helsepersonell eller andre deler av helsetjenesten ikke skal få vite om sykdommen/behandlingen skal det i utgangspunktet respekteres.

Nødrettsbetraktninger kan uansett gjøre at helsepersonell kan bringe opplysninger videre.

Molven (2009) sier at telefaks ikke bør brukes til å overføre pasientopplysninger med mindre det er av særlig stor betydning for helsehjelpen. Skal man bruke disse kommunikasjonskanalene bør det foretas anonymisering slik at uvedkommende ikke får

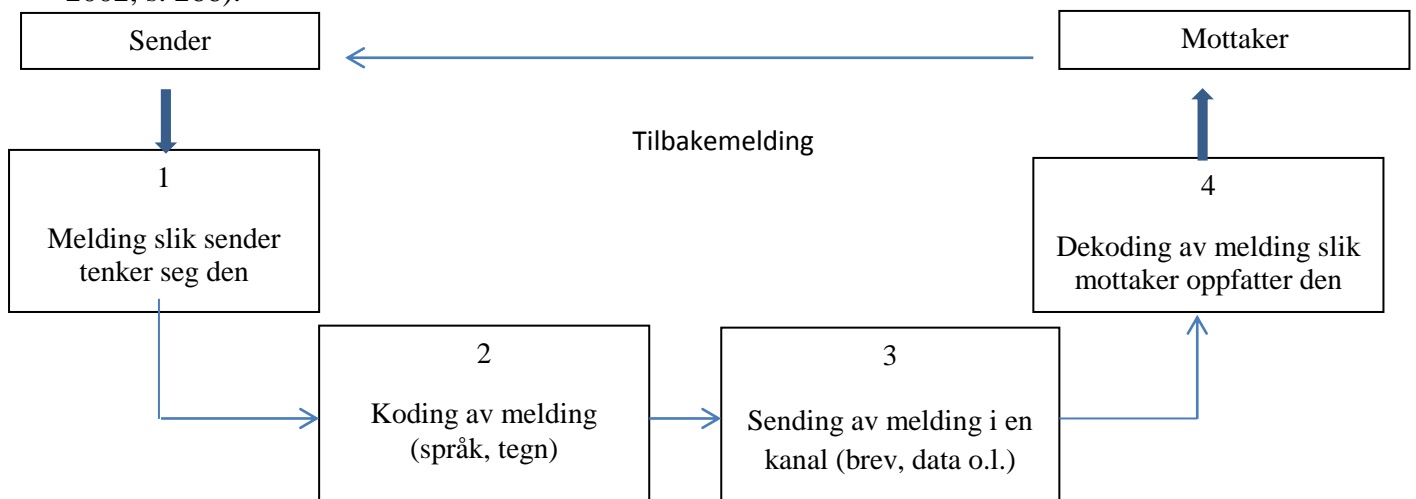
tilgang til opplysningene. Telefax kan brukes hvis pasienten samtykker eller hvis det gjelder opplysninger som ikke er taushetsbelagte.

### 3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et sentralt tema i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenester i utskrivningsprosessen. Det er viktig å kjenne til den kommunikasjonen som foregår i forbindelse med utskrivning av pasienter for å forstå hva som skjer i denne samhandlingen. Når en pasient utskrives fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjenesten foregår det en utveksling av pasientinformasjon mellom aktørene.

#### 3.3.1 Kommunikasjonsprosessen

Jacobsen og Thorsvik (2002) definerer kommunikasjon som ”overføring av informasjon, ideer, holdninger og følelser fra en person eller gruppe til en annen” (Jacobsen og Thorsvik, 2002, s. 266).



Figur 3: Kommunikasjonsprosessen (Jacobsen og Thorsvik, 2002, s. 267)

I figur 3 beskriver Jacobsen og Thorsvik (2002) at kommunikasjonsprosessen består av to aktører: sender og mottaker. Senderen starter kommunikasjonen ved å kode meldingen slik den ønsker å formidle den. Deretter må senderen velge hvilken kanal han vil bruke til å overføre meldingen med (brev, telefon, data), og sende meldingen til mottakeren. Mottakeren må så tolke meldingen for å danne seg et bilde av hva senderen ønsket å formidle. Ofte gir/sender mottaker svar/tilbakemelding på meldingen som er mottatt.

### **3.3.2 Ulike former for kommunikasjon**

Det skilles ofte mellom verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er det som står skrevet og de språklige uttrykksformene. I verbal kommunikasjon kan en skille mellom enveis- og toveiskommunikasjon. I enveiskommunikasjon får en ikke tilbakemelding på om eller hvordan mottaker har forstått innholdet i budskapet. Enveiskommunikasjon passer best når det skal kommunisere av en mer rutinemessig karakter og til en større gruppe av mottakere (Kaufmann og Kaufmann, 2008). Et eksempel på slik kommunikasjon er utskrivningsrapport fra sykehuset. Ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er avhengig av skriftlige utskrivningsrapporter. Dette fordi det som oftest er mange mennesker involvert i helsehjelpen som skal ytes til pasienten og som derfor trenger informasjonen. Ikke-verbal kommunikasjon er formidling uten ord (Kaufmann og Kaufmann, 2008), og det blir lite brukt i utskrivningsprosessen.

Toveiskommunikasjon er en samtale mellom likeverdige personer hvor det kommer mye informasjon og det gis mulighet for rask tilbakemelding mellom partene. Denne type kommunikasjon egner seg godt i tvetydige saker av ikke-rutinemessig karakter (Kaufmann og Kaufmann, 2008). Når sykehuset ringer den kommunale helse- og omsorgstjenesten og melder en utskrivningsklar pasient, er det et eksempel på toveiskommunikasjon. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan da gi rask tilbakemelding på om det er aktuelt med sykehjems-/korttidsplass eller om pasienten må skrives ut til eget hjem med hjelp av hjemmesykepleien. Når sykehuset ringer for å melde at en pasient om kort tid vil trenge tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gir de mottaker anledning til å forberede seg på mottaket av pasienten.

Ikke-verbal kommunikasjon er formidling uten ord: gestikulering, kroppsholdninger, bruk av ikke-språklige symboler (Kaufmann og Kaufmann, 2008). Denne kommunikasjonsformen er avhengig av ansikt til ansikt kontakt for at mottaker skal kunne tolke det. I forbindelse med utskrivning av pasienter, skjer det meste av kommunikasjonen skriftlig eller via telefon slik at mottaker ikke har anledning til å tolke den ikke-verbale kommunikasjonen. Ved behov arrangeres det, i spesielle tilfeller, møter mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan for eksempel være aktuelt hvis ansatte trenger opplæring i bestemte prosedyre som for eksempel hjemmedialyse.

Ved utskrivning av pasienter fra sykehus skal det sendes en sammenfatning av journalopplysninger til det helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. journalforskriften § 9. For å bedre kommunikasjonen om disse opplysningene er det gjort flere prosjekter på implementering av elektronisk samhandling både i Norge og andre land. Forskning viser at elektronisk samhandling bedrer samhandlingen og kommunikasjonen mellom sykehusene og den kommunale helse og omsorgstjenesten.

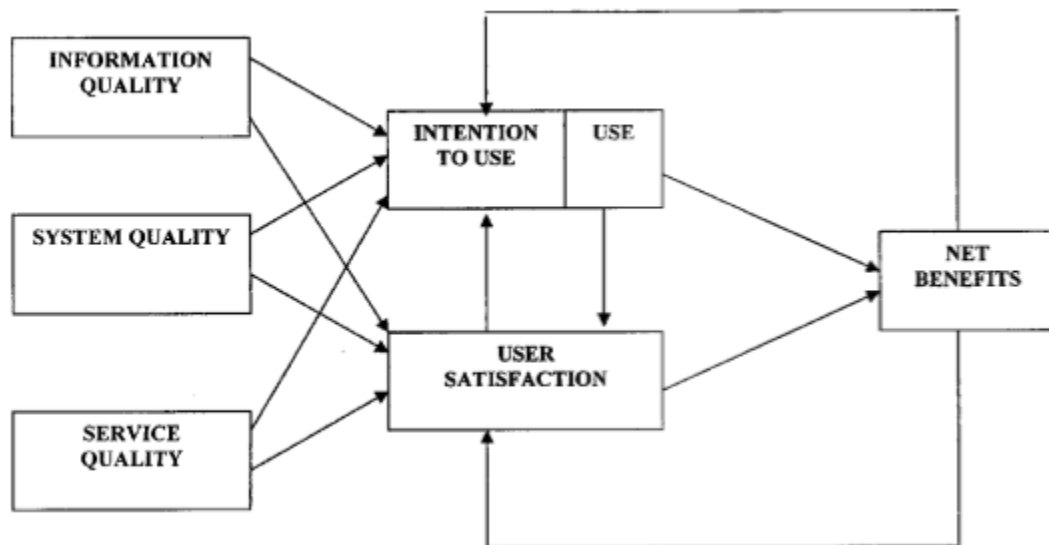
## 4.0 Implementering av informasjonssystemer

Det kan være vanskelig å forutse hva som må til for at man skal få full uttelling av implementering av et nytt system eller en IT-investering. Det kan være krevende og ikke alltid like tydelig å forutse hvilke suksessfaktorer som må være tilstede for å sikre at implementeringen bli vellykket. Ved å se på enkelte organisasjoner som har både positive og negative erfaringer fra en slik prosess, vil man kunne peke på suksessfaktorer som bør være til stede ved implementering.

DeLone og McLean (2003) har utviklet en modell som beskriver suksessfaktorer som må være tilstede for at et IT-system skal oppnå IS-suksess. Modellen er beregnet på et IT system, men i dette prosjektet velger en å bruke modellen for å se på hvilke faktorer som kan gi implementering av elektroniske PLO-meldinger suksess.

Det er gjort mange studier for å forsøke å identifisere de faktorene som bidrar til at informasjonssystemer får suksess. Ulike forskere har definert ulike faktorer som gir et IS-system suksess. I 1992 kom DeLone & McLean med en modell som sammenfattet tidligere forskning på IS-suksess. Flere forskere kom med innspill til denne modellen, blant annet Seddon. Innspillene fra han og andre forskere bidro til at DeLone & McLean videreutviklet modellen og kom med en forbedret og oppdatert modell for IS-suksess i 2003. De fant ut at IS-suksess kunne samles under følgende kategorier: informasjonskvalitet (information quality), systemkvalitet (system quality), service kvalitet (service quality), intensjon om bruk (intention to use) bruk (use), brukertilfredshet (user satisfaction) og de totale fordelene (net benefits) (DeLone og McLean, 2003). Den videreutviklet modellen presenteres i figur 4.





Figur 4: DeLone & McLean, 2003: Oppdatert IS-suksessmodell (DeLone & McLean, 2003)

Dette er en kausalmmodell, der A vil føre til B osv. De ulike kategoriene er derfor avhengige av hverandre for å kunne gi et system suksess. DeLone og McLean hevder at et system med høy kvalitet vil påvirke intensjon om bruk og brukertilfredshet. Dette vil gi systemet positiv nettogevinst. Da vil alle de foreslåtte sammenhengene bli positive. Et system med dårligere kvalitet vil føre til misnøye og negativ nettogevinst (DeLone og McLean, 2003).

Informasjonskvalitet fokuserer på kvaliteten på informasjonen som brukerne får av systemet. Informasjonen bør være komplett, relevant og enkel å forstå (DeLone og McLean, 2003). Innholdet i PLO-meldingen må tilfredsstille helsepersonelllets informasjonsbehov, og de må kunne stole på innholdet i meldingene.

I følge DeLone og McLean (2003) beskriver systemkvalitet egenskapene til systemet. Systemet må lages slik at brukerne opplever systemet som brukervennlig, tilgjengelig og pålitelig. Det er også viktig at systemet har omstillingsevne og at responstiden er god (DeLone og McLean, 2003).

Servicekvalitet handler om brukerstøtte til brukeren av systemet. Hvis brukerne av systemet ikke er fornøyd med brukerstøtten vil det føre til mindre bruk av systemet (DeLone og McLean, 2003). Ved implementering av elektronisk PLO-meldinger er det viktig at de som skal bruke PLO-meldingene opplever at brukerstøtten er god.

Brukertilfredshet handler om brukernes tilfredshet med systemet. For å måle brukertilfredsheten til brukerne av systemet må en dekke hele brukeropplevelsen, fra implementering til informasjons-, system- og servicekvalitet (DeLone og McLean, 2003). For at brukerne skal oppleve god brukertilfredshet må systemet lages slik at brukerne opplever at bruk av systemet gir gevinster og at det har god informasjon-, system- og servicekvalitet. Opplever brukerne god brukertilfredshet vil det påvirke intensjon om bruk positivt og dermed bidra til økt bruk av systemet. Intensjon om bruk er brukernes holdninger til systemet. Bruk er en oppførsel, og for å måle bruk kan man se på antall besøk systemet har og hvor ofte det blir brukt. Brukernes holdninger til det nye systemet er kritisk i forhold til intensjon om bruk. For å sikre gode holdninger blant brukerne av systemet er det viktig at disse får god opplæring i systemet og opplever systemet som nyttig. Det er også viktig at brukerne opplever at systemet har god informasjons-, system- og servicekvalitet fordi det vil påvirke intensjonen om bruk av systemet, og dermed øke bruken av systemet.

Netteffekter er den samlede effekten av systemet, både individuelle effekter og organisatoriske effekter. Netteffekter er den viktigste suksessfaktoren, men den kan ikke forstås og analyseres uten faktorene systemkvalitet og informasjonskvalitet (DeLone og McLean, 2003).

DeLone & McLeans IS-suksessmodell er belyst. De faktorene som er relevante for implementering av elektroniske PLO-meldinger vil tas med videre til diskusjonsdelen. Disse faktorene er: informasjonskvalitet, systemkvalitet, servicekvalitet, intensjon om bruk og brukertilfredshet.

## **5.0 Metode**

I dette kapitlet redegjøres det for metodevalget i prosjektet. Hvordan prosjektet er gjennomført og bakgrunn for de valg som er tatt vil bli belyst. Videre beskrives utvalgsriterier, praktisk gjennomføring av intervjuene, analysemetoden, etiske hensyn, reliabilitet og validitet, metodekritikk, kildemateriale samt kildekritikk.

### **5.1 Bakgrunn for valg av metode**

Siden det var inngått et samarbeid med SSHF ble valg av metode bestemt tidlig i arbeidet med prosjektet. Metoden ble basert på problemstillingen som skulle undersøkes. På bakgrunn av dette ble det bestemt at det skulle foretas en kvalitativ intervjustudie. Målet med undersøkelsen er å få frem sykepleiernes erfaringer, opplevelser og beskrivelse av utskrivningsprosessen, og hvilke suksessfaktorer det er nødvendige å vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å finne svar på dette ble det naturlig å gjennomføre kvalitative intervjuer av sykepleiere. I kartlegging har fire pasientforløp vært undersøkt:

1. Sykehjem - sykehus - sykehjem
2. Hjem - sykehus - sykehjem
3. Hjemmesykepleie - sykehus - hjemmesykepleie
4. Hjem - sykehus - hjemmesykepleie

Det ble sett på dagens retningslinjer, hvorvidt disse blir fulgt, ulike ansvarsområder og hvilken teknologi som brukes i samhandlingen. Avdelingene hvor intervjuene ble foretatt er valgt fordi disse avdelingene har et høyt antall utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble foretatt et systematisk litteraturstudie for å besvare prosjektets forskningsspørsmål og problemstilling.

### **5.2 Utvalg**

Valg av informanter startet med å rekruttere fem sykepleiere ved hver av de to valgte avdelingene i sykehuset. Totalt ble det gjennomført elleve intervjuer. Seks på den ene avdelingen og fem på den andre. På forhånd ble det sendt noen inklusjonskriterier til enhetslederne på avdelingene. Enhetslederne ble ansvarlige for å videreformidle informasjonen, samt å rekruttere ansatte som tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriteriene omfattet disse punktene: Sykepleiere med minst ett års erfaring og med

50 prosent stilling eller mer. Videre ble det ønsket et antall av informanter som hadde vært ansatt på avdelingen mer enn fem år og et antall av informanter som hadde vært ansatt mindre enn fem år. Det var også ønskelig å ha noen informanter med lang erfaring som sykepleier (mer enn ti år) og noen med kortere erfaring.

Utvalget bestod av elleve sykepleiere i alderen 25 til 61 år. De har vært ansatt i Sykehuset mellom 2 og 35 år. Antallet informanter ble valgt fordi dette antallet gav tilstrekkelig materiale til å belyse problemstillingen. Det ble også erfart at det ikke kom frem nye momenter til problemstillingen ved de siste intervjuene. Når man ikke får frem ny kunnskap ved å intervju flere informanter, har man i følge Johannessen et al. (2010) nådd metningspunktet der det ikke har noen hensikt å intervju flere informanter.

### **5.3 Gjennomføring av intervjuene**

Kvalitative metoder bygger på teori om menneskelig erfaring og fortolkning. Kvalitativ metode går i dybden og får fram informantenes subjektive meninger og personlige opplevelser (Dalland, 2007). Målet med kvalitative intervju er i følge Malterud (2003) ”å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte innen deres naturlige sammenheng” (Malterud, 2003, s. 32). ”Forskningsintervjuene bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale” (Kvale og Brinkmann, 2009, s.22) hvor det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjuer og informanten (Kvale og Brinkmann, 2009).

Intervjuene ble gjennomført i løpet av to uker høsten 2011. Det ble avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuene med enhetslederne ved de to utvalgte avdelingene. Intervjuene foregikk på avdelingene. På forhånd ble det sendt en forespørsel om deltakelse til intervju og samtykkeerklæringskjema til informantene. I starten av intervjuet ble informanten informert om prosjektet. Dette for å sikre at de fikk tilstrekkelig kjennskap til å kunne svare på spørsmålene. Informantene undertegnet samtykkeerklæringen før intervjuet startet. Hvert intervju tok ca. 30 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert rett etter at intervjuene ble utført. Under intervjuene var begge studentene til stede med ulike roller. En stilte spørsmålene og den andre observerte, tok notater og kom med oppfølgingsspørsmål der det var behov for utdypning av de svarene informantene gav.

## 5.4 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjennomført for å finne litteratur om problemområdet og teori til teorigrunnlaget og den teoretiske referanserammen. Det ble gjennomført litteratursøk i google.no og bing beta.no for å få en oversikt over temaområdet. Deretter ble det søkt i databaser som Pubmed, SweMed og OvidMEDLINE. Søkene ble gjennomført i samarbeid med en bibliotekar på Universitetet i Agder. Det ble benyttet litteraturlister fra artikler og oppgaver for å finne ytterlig litteratur. Det ble også tatt kontakt med MedCom i Danmark. Bøker, rapporter og strategier fra offentlige myndigheter har også blitt gjennomgått. Vedlegg 2 inneholder en oversikt over litteratursøkene (søkeord, søkebase, antall treff og dato). Søkeordene som ble benyttet var norske eller engelske versjoner av ordene: PLO-meldinger, meldingsutveksling, electronic message system, health communication med flere. Søkeordene ble brukt alene eller i kombinasjon med hverandre.

## 5.5 Metode for analyse av data

Dataene fra intervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse. Kvale og Brinkmann (2009) sier at intervjuanalyser ”kan brukes til å organisere intervjutekstene, konkretisere meningsinnholdet i former som kan presenteres relativt kortfattet, og hente frem implisitte meninger i det som blir sagt” (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 208). Det finnes flere ulike analysemetoder.

Et grunnleggende prinsipp ved kvalitative innholdsanalyser er å bestemme om analysen skal fokusere på manifest eller latent innhold. Manifest innholdsanalyse tar utgangspunkt i det synlige og åpenbare i teksten, mens latent innholdsanalyse innebærer en tolkning av den underliggende meningen av teksten (Graneheim og Lundman, 2003). I prosjektet er det valgt å benytte deler av Graneheim og Lundemans kvalitative innholdsanalyse fordi det i analysen kun fokuseres på det manifest innholdet og utelukker det latente.

Analysemetoden består av fire trinn: hele teksten (meaning unit), forkortelse av teksten (condensed meaning unit), den underliggende meningen (interpretation of the underlying meaning) og kategori (category) (Graneheim og Lundman, 2003). Trinn tre er utelatt i analysen da man i denne sammenheng ikke anser det som avgjørende å beskrive eller tolke den underliggende meningen for å komme fram til ønsket data. I prosjektet skal dagens utskrivningsrutiner kartlegges.

I følge Graneheim og Lundmann er det viktig å starte med en analyse av hele intervjuet. Dette gjøres for å kunne se tilbake på og for å huske teksten når man går videre til neste steg i analysen (Graneheim og Lundmann, 2003). I prosjektets tilfelle inneholdt teksten mange ord og setninger som ikke gav mening. Derfor ble teksten omformet og kortet ned i kolonne to, slik at kun det mest vesentlige og meningsfulle av det informantene svarte stod igjen. Tredje kolonne består av kategorier. I følge Graneheim og Lundmann (2003) er det å lage kategorier selve kjernen i kvalitative innholdsanalyser. Å lage kategorier innebærer at man grupperer innholdet etter ulike kategorier. Kategoriene dekker de ulike erfaringene informantene har om utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 3. Utdrag fra kvalitativ innholdsanalyse

<b>Hele teksten</b>	<b>Forkortelse av teksten</b>	<b>Kategori</b>
Den har vi sett for lenge siden og en vet akkurat hva vi har å gjøre i forhold til den altså, men hva det står der kan jeg ikke svare deg på nå for det vet jeg ikke.	Hva det står der tør jeg ikke svare deg på for jeg vet ikke	Kjenner ikke til retningslinjene som er vedtatt og at de skal brukes ved utskrivning.
Vi ringer tjenestekontoret. Det bruker vi å gjøre en god del dager i forveien slik at de har mulighet til å komme opp hit og prate med oss da. De er jo her en eller to dager i uken. Hvis de ikke har tjenestekontor så kontakter vi sykehjemmet eller hjemmesykepleien direkte. Sender da skjema med postgang etter avtale per telefon.	En del dager i forveien ringer vi tjenestekontoret. De kommer hit og kartlegger pasientens behov. Hvis ikke kommunen har tjenestekontor kontakter vi sykehjemmet eller hjemmesykepleien direkte. Vi sender et skjema med postgang etter avtale per telefon	Det er ulik praksis i hvordan pasienten meldes til kommunen: -ringe å melde pasienten til tjenestekontoret -uten tjenestekontor: ringe å melde til sykehjem eller hjemmesykepleien direkte

## 5.6 Etske hensyn

Det kvalitative forskningsintervjuet innebærer møte mellom mennesker, der normer og verdier er viktige elementer i den kunnskapen som utveksles og utvikles. Det kan derfor oppstå flere etiske utfordringer i løpet av forskningsprosessen (Malterud, 2003). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er intervjuundersøkelser moralske undersøkelser. Samspillet som foregår mellom menneskene i intervjuet påvirker intervjupersonene, og den kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker våres syn på menneskets situasjon. Derfor er kvalitative intervju fylt med moralske og etiske spørsmål. Det er spesielt på grunn av de komplekse forholdene rundt det å utforske menneskers privatliv og å legge beskrivelsene ut i det offentlige som gjør at det oppstår etiske utfordringer i kvalitative intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009). Det forekommer etiske problemstillinger gjennom hele intervjuundersøkelsen. I starten av arbeidet med prosjektet ble det søkt tillatelse av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og Fakultetets etiske komite (FEK) for å få lov til å gjennomføre intervjuene. Før intervjuene ble informantens samtykke (vedlegg 3) til å delta i prosjektet innhentet. Informert samtykke er en forutsetning for forskning som omhandler mennesker (Malterud, 2003). Informert samtykke innebærer at informantene informeres om prosjektets formål, hovedtrekkene i designet, mulige risikoer og fordeler ved å delta i prosjektet og at han/hun når som helst kan trekke seg fra prosjektet (Kvale og Brinkmann, 2009). For å gi informantene tilstrekkelig informasjon om prosjektet ble det utarbeidet en forespørsel om deltakelse til intervju hvor det ble informert om prosjektet (vedlegg 4).

I prosjekter må en også ta hensyn til konfidensialitet. Det innebærer at private data som identifiserer prosjektets deltakere ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2009). I prosjektet har de personopplysningene og den informasjonen informantene gav blitt aidentifisert slik at opplysningene ikke kan identifisere informantene. Lydbåndopptakene ble slettet når de var transkribert. Det transkriberte datamaterialet vil bli makulert når prosjektet er sensurert våren 2012.

## 5.7 Undersøkelsens troverdighet

”Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides” (Johannessen et al., 2010, s. 40). For å sikre reliabilitet i prosjektet er metoden for datainnsamling og metoden for analyse av data blitt beskrevet. Intervjuguiden ble utviklet og testet.

Analysen av data ble foretatt i samarbeid med veileder og hele datamaterialet ble gjennomlest. Der det var uenighet om kodingene ble materialet diskutert til konsensus ble oppnådd. Det var to intervjuere som foretok intervjuene for å øke kvaliteten på intervjuene, i tillegg til at intervjuene ble tatt opp på lydbåndene.

Validitet handler om gyldighet, og går på hvor godt eller relevant dataen representerer det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen et al., 2010). I følge Johannessen et al. (2010) skiller man mellom ulike former for validitet: begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. Begrepsvaliditet handler relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene. For å sikre begrepsvaliditet er det underveis i arbeidet med prosjektet vurdert om dataene representerer det generelle fenomenet. Å intervju informanter ved to ulike avdelinger på to ulike sykehus sikrer begrepsvaliditet. Det ble også erfart at det å intervju flere informanter ikke ville ført til ny kunnskap, og dataene derfor representerer det generelle fenomenet.

Intern validitet handler om forskeren måler det han tror han måler. For å sikre internt validitet har en underveis i prosjektet stilt seg spørsmål om en måler det man tror man måler. Validitet handler om resultatene fra et forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener (Johannessen et al., 2010). Resultatet fra denne undersøkelsen kan overføres til andre avdelinger ved sykehuset.

”Hvis resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner” (Kvale og Brinkmann 2009, s. 264). En stiller da spørsmål om funnene er generaliserbare. Det finnes flere ulike former for generalisering. I prosjektet er det naturalistisk generalisering som er aktuelt fordi funnene er basert på personlige erfaringer. Naturalistisk generalisering hviler på stilltiende kunnskaper. Den stilltiende kunnskapen kan uttrykkes uten ord, og den blir da konkret kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Resultatene fra dette prosjektet er fra to avdelinger ved sykehuset, men resultatene kan også være aktuelle for andre avdelinger og sykehus men bør vurderes relatert til lignende situasjoner.

Detaljert beskrivelse av valg av informanter, selve gjennomføringen og analysen er gjort for å øke overføringsverdien av resultatene til lignende situasjoner.



## **5.8 Metodekritikk**

Svakhet med intervju som metode er at det kan oppstå en relasjon mellom to deltakere, som i dette prosjektet er intervjuer og informant. Den relasjonen som oppstår her kan påvirke måten intervjuer stiller spørsmålene på og svarene informanten gir. Dette kan være avgjørende for utfallet av intervjuet og den informasjonen forskeren sitter igjen med (Johanessen et al., 2009). Det er viktig å tenke gjennom hvilken rolle den som intervjuer bør ha ovenfor informanten og at intervjueren er kritisk og reflekterende til metoden gjennom hele prosessen.

I dette prosjektet var det viktig å få fram informantenes subjektive opplevelse, tanker og handlinger i forhold til dagen utskrivningsrutiner. Med bruk av kvantitativ metode ville det vært mulig å nå et større utvalg av informanter, men siden prosjektet er en kartlegging av dagens utskrivninger så må man gjøre en kvalitativ studie for å få en beskrivelse og forståelse av hva som gjøres i utskrivningsprosessen.

## **5.9 Kildekritikk**

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere de kildene som brukes for å belyse problemstillingen (Dalland, 2002). Litteraturen som er brukt er grundig gjennomgått og kvalitetsvurdert. Internett har blitt benyttet mye til å finne litteratur til prosjektet. Det blir derfor et spørsmål om disse kildene er troverdige. Den litteraturen som er hentet fra internett er hentet fra lovdata.no, Helsedirektoratet.no, Helse- og omsorgsdepartementet, NSEP osv., og det antas at slike sider er troverdige. Det er funnet artikler om temaet og litteraturlistene i disse er brukt til å finne primærkilden. Det ble gjennomført søk i anerkjente databaser i samarbeid med bibliotekaren.

## **6.0 Funn fra undersøkelsen**

I dette kapittelet presenteres funnene fra intervjuene som ble foretatt i samarbeid med ansatte på SSHF. Sykepleierne som tok del i undersøkelsen blir omtalt som informanter. Funnene er delt inn i fem hovedtemaer: retningslinjer, de ulike aktørenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen, kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen, hvordan og når meldes en utskrivningsklar pasient til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og skjema som benyttes i utskrivningsprosessen.

### **6.1 Retningslinjer**

Retningslinjene for utskrivning av pasienter fra SSHF som trenger kommunale pleie- omsorgs- og rehabiliteringstjenester (vedlegg1) ligger tilgjengelige for de ansatte på sykehusets intranettside. Svært få av informantene sier de kjenner til retningslinjene. På den ene avdelingen sier en liten del at de kjenner til retningslinjene og at disse blir fulgt. Resten sier de hverken har hørt om eller kjenner til retningslinjene. En informant sier: ”Vi har ikke skiftelige rutiner”. En annen sier: ”Vi har vel egentlig ikke noen retningslinjer så vidt jeg vet. Hva tenker du på?”. Det blir også nevnt fra flere informanter at de ikke har behov for å kjenne til retningslinjene. Det ble fortalt på følgende måte: ”Jeg føler ikke at jeg har behov for retningslinjene for dette gjør vi daglig”. Kun en liten del uttrykker at de føler retningslinjene gir støtte ved utskrivning av pasienter.

### **6.2 De ulike aktørenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen**

De ulike yrkesgruppene (sykepleier, lege, sekretær, fysioterapeut og ergoterapeut) har ulike arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen.

#### **6.2.1 Sykepleier**

Sykepleierenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen varierer. Et lite utvalg av informantene sier arbeidsoppgavene varierer i forhold til om pasienten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester før sykehusinnleggelsen eller ikke. Arbeidsoppgavene varierer også i forhold til om pasienten skal skrives ut til eget hjem med hjelp av hjemmesykepleie eller til sykehjem. Arbeidsoppgavene avhenger av om kommunen pasienten skal skrives ut til har tjeneste-/bestillerkontor eller om kommunikasjonen går direkte til sykehjem eller hjemmesykepleie.

Ved utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenester kontakter sykepleier den kommunen pasienten skal skrives ut til før det skrives en søknad om helse- og omsorgstjenester til kommunen. Deretter skrives en sykepleiesammenfatning.

Sammenfatningen inneholder blant annet opplysninger om pasientens funksjon og hjelpebehov. En mindre del av informantene sier de har som oppgave å informere pårørende om pasientens tilstand og planer om utskrivning. Det er også få av informantene som nevner at sykepleier har et ansvar for å tilrettelegge i forhold til hjelpemidler hvis det er behov for dette. Dette gjelder de pasientene som skal skrives ut til eget hjem. Kun en liten del nevner at de skal sende med medisiner og utstyr til de første dagene hvis sykehjemmet pasienten skal til ikke har de medisinene eller utstyret pasienten trenger. Få informanter nevner også at de har ansvar for å hente medisiner på apoteket til pasienter har startet med nye medikamenter under sykehusoppholdet og som skal hjem med hjelp av hjemmesykepleien. Videre har sykepleier ansvar for å skrive sårprosedyre, og undersøke om pasienten har behov for sykemelding og kontrolltime etter utskrivning.

### **6.2.2 Sykepleiernes syn på legens arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen**

Legens arbeidsoppgaver i forhold til utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten varierer. Mange av informantene er usikre på hvillke arbeidsoppgaver legene har i utskrivningsprosessen. En liten del av informantene sier at legen skriver legeopplysning til søknad som sendes eller faxes sammen med søknaden om helse- og omsorgstjenester til kommunen. En sier: ”De skal jo skrive en legeopplysning som går sammen med søknaden. Ja det er vel egentlig det”. Legen har også som oppgave å skrive informasjonsskriv til pasienten, utskrivningsblankett, epikrise og oppdatere medisinlisten før utskrivning. Disse arbeidsoppgavene varierer ved de to avdelingene. En av informantene sier at legen kun skriver epikrise hvis legeopplysningene er mangelfulle.

### **6.2.3 Sykepleiernes syn på sekretærens arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen**

Felles for begge avdelingene er at sekretæren har som arbeidsoppgave å bestille transport (taxi/ambulanse). På en av avdelingene har sekretæren som oppgave å faxe søknad om helse- og omsorgstjenester til kommunen. Noen av informantene sier at sekretæren på forhånd ringer til kommunen det søkes tjenester fra for å si at det kommer en telefax slik at kommunen vet at

den kommer. Når søknaden er faxet, poster sekretæren søknaden slik at den kommunale helse- og omsorgstjenesten får den originale søknaden.

På den andre avdelingen sendes søknaden per post. Da er det sekretærens oppgave å poste søknaden.

#### **6.2.4 Sykepleiernes syn på fysioterapeut, ergoterapeut og sosionoms arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen**

Det er få informanter som nevner disse yrkesgruppene i intervjuene. En liten del av utvalget sier at fysio- og ergoterapeut skriver epikrise og rekvisisjon som sendes med pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kun en informant nevner at sosionom videreformidler kontakt med NAV.

### **6.3 Kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen**

De to avdelingene intervjuene er utført ved bruker ulike kommunikasjonskanaler i utskrivningsprosessen. Tabell 4 viser en oversikt over de ulike kommunikasjonskanalene som brukes i utskrivningsprosessen.

Tabell 4: Kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen

	<b>Avdeling A</b>	<b>Avdeling B</b>
<b>Kommunikasjonskanaler som brukes i utskrivningsprosessen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefon</li><li>• Telefax</li><li>• Skiftelige henvendelser</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefon</li><li>• Skiftelige henvendelser</li></ul>

Det som viser seg forskjellig på de to avdelingene er at de på den ene avdelingen faxer søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester til kommunen før de sender den pr post, mens de på den andre avdelingen kun sender denne søknaden skriftlig per post. Den kommunikasjonskanalen som er rapportert mest brukt i utskrivningsprosessen er telefon. Dette gjelder begge avdelingene.

## **6.4 Hvordan og når meldes en utskrivningsklar pasient til den kommunale helse- og omsorgstjenesten?**

Pasientene meldes til den kommunale helse- og omsorgstjenesten så tidlig som mulig. Sykepleierne kontakter først kommunens tjeneste-/bestillerkontor pr telefon. Hvis ikke kommunen har tjenestekontor kontaktes hjemmesykepleien eller sykehjemmet direkte. Deretter må det søkes om tjeneste hvis pasienten ikke har den aktuelle tjenesten fra før. Den ene avdelingen har utarbeidet et felles søknadsskjema som ligger i DIPS. Dette skjemaet brukes til alle kommuner som er tilknyttet sykehuset. Først kontakter de den kommunale helse- og omsorgstjenesten pr telefon, deretter sendes søknadsskjemaet pr post. Et lite utvalg sier at dette skjemaet sendes med pasienten til kommunen.

Den andre avdelingen har ikke utarbeidet et slikt felles søknadsskjema. De må inn på hjemmesiden til den kommunen pasienten skal skrives ut til og finne søknadsskjema. Deretter faxes søknadsskjemaet til gjeldende kommunen. En mindre del av informantene sier at de ringer til kommunen før søknaden blir faxet for å gi beskjed om at en søknad er på vei. I noen tilfeller ringer de til den gjeldende kommunen etter at søknaden er faxet for å forsikre seg om at den har kommet frem. Flere sier også at de sender søknaden per post etter at den er faxet. Til to av kommunene legges søknadene i en postkasse eller i sykehusets resepsjon, slik at de slipper å sende/ faxe søknad da kommunene har ansatte som kommer på sykehusene for å hente disse. En del av informantene sier at de sender med legeopplysning til søknad om tjenester til kommunen.

Det er også forskjeller i hvordan man melder pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten avhengig av om pasienten skal til sykehjem eller til eget hjem med hjelp av hjemmesykepleie. Informantene sier også at de må søke om tjeneste til kommunen ved plass på sykehjem, men at det ikke er nødvendig å søke dersom pasienten har behov for hjemmesykepleie. Hvis pasienten er bruker av hjemmesykepleien før innleggelse, og skal hjem med hjelp av hjemmesykepleien meldes pasienten direkte til hjemmesykepleien.

## **6.5 Skjema som benyttes i utskrivningsprosessen**

Det brukes ulike skjema i utskrivningsprosessen. Felles for begge avdelingene er at sykepleierne skriver sykepleiesammenfatning. Ved den ene avdelingen sier sykepleierne at legen skriver et informasjonsskriv til pasienten. Ved den andre avdelingen nevnes ikke dette

informasjonsskrivet. Noen sier også at legen skriver epikrise. En liten del av informantene sier at det skrives en utskrivningsblankett.

Det er ulik praksis i forhold til hvilke skjema som sendes til kommunen. Sykepleie-sammenfatningen sendes med pasienten til sykehjemmet/hjemmesykepleien. Ved den ene avdelingen sendes legens skriv ”informasjonsskriv til pasienten” til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et lite utvalg sier at epikrisen sendes sykehjemmet/hjemmesykepleien og at det sendes legeopplysninger sammen med søknad om helse- og omsorgstjenester til kommunen. Det er flere informanter ved den ene avdelingen som sier de sender med kopi av medisinaliste til kommunen i forhold til den andre avdelingen. En informant sier: ”Vi tar ikke kopi av medisinalarket lenger siden det står bedre på legens maskinskrevet”. Det kan dermed forklare hvorfor bare et minimalt utvalg ved den ene avdelingen sier at de sender med kopi av medisinaliste.

Informantene sier at det i større grad sendes med medisinsk informasjon (kurver) når pasienten skrives ut til sykehjem enn hjem til eget hjem med hjelp av hjemmesykepleien.

Tabell 5 viser en oversikt over hvilke skjema som brukes i forbindelse med utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 5: Skjema som brukes i forbindelse med utskrivningen

	<b>Avdeling A</b>	<b>Avdeling B</b>
<b>Skjema som brukes i forbindelse med utskrivningen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleiesammenfatning</li><li>• Informasjonsskriv til pasienten</li><li>• Epikrise</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleiesammenfatning</li><li>• Epikrise</li><li>• Kopi av medisinaliste</li><li>• Utskrivningsblankett</li></ul>

De to avdelingene har ulike rutiner i utskrivningsprosessen og få av sykepleierne kjenner til retningslinjene sykehuset har utarbeidet for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie, omsorgs- og rehabiliteringstjenester. Vi har oppsummert forskjeller og likheter i utskrivningsprosessen i tabell 6.

Tabell 6: Forskjeller og likheter i utskrivningsprosessen

	<b>Avdeling A</b>	<b>Avdeling B</b>
<b>Forskjeller og likheter i utskrivningsprosessen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten meldes så tidlig som mulig til kommunen etter innleggelse</li> <li>• Avhenger av om kommunen har tjeneste-/bestillerkontor</li> <li>• Ringer kommunene og melder pasienten</li> <li>• Sykepleier hjelper pasienten med å fylle ut søknadsskjema</li> <li>• Hver kommune har sitt søknadsskjema som ligger på kommunens hjemmeside</li> <li>• Søknadene faxes til den kommunale helse- og omsorgstjenesten</li> <li>• Sekretæren ringer kommunen og melder fra om at det faxes en søknad. Søknaden ettersendes pr post</li> <li>• Medisinlisten ligger i informasjonsskriv til pasienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten meldes så tidlig som mulig til kommunen etter innleggelse</li> <li>• Avhenger av om kommunen har tjeneste-/bestillerkontor</li> <li>• Ringer kommunene og melder pasienten</li> <li>• Sykepleier hjelper pasienten med å fylle ut søknadsskjema</li> <li>• Felles søknadsskjema til alle kommuner ligger i DIPS</li> <li>• Søknadene sendes per post til den kommunale helse- og omsorgstjenesten</li> <li>• Sekretæren poster søknadene</li> <li>• Sender med en kopi av medisinlisten</li> </ul>

## 7.0 Drøfting

Dette prosjektet er en kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. I problemanalysen kom det frem at mangelfull samhandling innad i kommunene, og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus kanskje er den største utfordringen helsetjenesten står overfor.. Mangelfull samhandling kan føre til at nødvendig informasjon ikke når frem til sykehuset eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan få konsekvenser for pasienten som: dårligere oppfølging (Otterstad, 2011), lengre sykehusopphold og flere gjeninnleggelser (Fugelsnes, 2010).

Gjennom intervjuene kom det frem beskrivelser av hvordan utskrivningen av pasienter fra SSHF til den kommunale helse- og omsorgstjenesten foregår i dag. Det kom også frem utfordringer, positive og negative erfaringer knyttet til utskrivning av disse pasientene. Funnene viser at rutinen i forhold til utskrivning varierer fra avdeling til avdeling, og at retningslinjene som sykehuset har for utskrivning av pasienter ikke blir fulgt.

Retningslinjer er systematisk utviklede råd og konklusjoner som skal hjelpe helsearbeideren og pasienten å velge passende behandling. Retningslinjer finnes i veiledere eller er nedfelt i anbefalte fremgangsmåter for en prosedyre eller behandling (Moen et al., 2002). Mange av sykepleierne kjenner ikke disse retningslinjene. Sykepleierne er usikre på hvilke oppgaver andre samarbeidspartnere som lege, fysioterapeut og ergoterapeut har i utskrivningsprosessen. Den kommunikasjonsformen som brukes mest i utskrivningsprosessen er telefon. Sykehusene melder utskrivningsklar pasient til den kommunale helse- og omsorgstjenesten via telefon. Ved den ene avdelingen brukes telefax når de skal sende søknad til den kommunale helse- og omsorgstjenesten mens ved den andre avdelingen sendes disse pr post. De ulike avdelingene sender også med pasienten ulike skriv tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videre i drøftingen er det er valgt å bruke to ulike modeller. Dette fordi disse to modellene har ulike perspektiv på hva det er som gjør at helsepersonell vil kunne ta i bruk elektroniske PLO-meldinger. DeLone og McLean (2003) fokuserer på selve systemet, mens Rogers (2003) fokuserer på de menneskelige aspektene som kan påvirke implementeringen av et nytt system. Ved å fokusere på både de menneskelige aspektene og selve systemet vil sansynligheten for en vellykket implementering øke.



## **7.1 Rutiner og de ulike aktørenes arbeidsoppgaver i utskrivningsprosessen**

Funnene viser at rutiner i forhold til utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten varierer fra avdeling til avdeling, og at retningslinjene sykehuset har for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie, omsorgs- og rehabiliteringstjenester ikke blir fulgt. Mange av sykepleierne kjenner ikke til disse retningslinjene. Årsaken til at sykepleierne ikke kjenner retningslinjene eller ikke følger disse er i følge informantene at de ikke har behov for å kjenne til retningslinjene. Dette begrunner informantene med at utskrivning av pasienter er en rutine som de utfører daglig. Her kan det være interessant å se på hvorfor ikke retningslinjene blir fulgt og mulige årsaker til at informantene ikke ser det som nødvendig å kjenne til retningslinjene. Helsepersonell i sykehus har plikt til å samarbeide med helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. helsepersonelloven § 4 (Lov 1997-07-02 nr. 64). For at denne samhandlingen skal bli av høy kvalitet og effektiv er det viktig at helsepersonell i sykehus følger retningslinjene sykehuset har utarbeidet for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie, omsorgs- og rehabiliteringstjenester. Det er derfor interessant å se på kulturen til ansatte ved avdelingene. Jacobsen og Thorsvik (2002) definerer kultur som et mønster av grunnleggende antakelser som er utviklet av en gruppe etter hvert som de lærer å mestre problemene sine med ekstern tilpasning og intern integrasjon. Slik danner de en kultur som fungerer bra nok til at det blir betraktet som sant, og som de derfor lærer bort til nye organisasjonsmedlemmer som den rette måten å oppfatte på, tenke på og følge i forhold til disse problemene. Det er blitt en kultur blant ansatte ved avdelingene å skrive ut pasienter uten å bruke retningslinjene som er utarbeidet. Funnene fra intervjuene kan tyde på at ansatte lærer opp nyansatte i den eksisterende kulturen, og at nyansatte derfor ikke får opplæring i utskrivning av pasienter etter de utarbeidede retningslinjene. For å få de ansatte til å ta i bruk retningslinjene, må kulturen blant de ansatte endres. I følge DeLone & McLean sin variabel brukertilfredshet så bør brukerne av et system være tilfreds med systemet. Ut fra DeLone og McLeans suksessmodell (DeLone og McLean, 2003) kan en tenke at brukerne av systemet ikke er tilfreds med retningslinjene siden de ikke bruker disse. Hvis de formelle retningslinjene er mangelfulle kan det føre til dårlig kommunikasjon (Busch og Vanebo, 2003). Retningslinjene ligger tilgjengelige for de ansatte på sykehusets intranett. Det kan også tenkes at ikke alle sykepleierne behersker bruk av intranett. Det at de ansatte ikke følger retningslinjene kan føre til at informasjonsflyten i utskrivningsprosessen svekkes. Dette kan føre til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke får de opplysningene de trenger for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp

og god oppfølging. Mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem kan i følge Bolling et al. (2010) føre til usikkerhet og feilbehandling som feilmedisinering av pasientene. Framtidens fokus er økende kvalitet i dagens helsevesen og informasjonsflyten i utskrivningsprosessen bør derfor bedres.

Sykehus som har en god organisering av pleie, for eksempel forbedret sykepleierbemanning og arbeidsmiljø, kan påvirke pasientbehandlingen og bedre sykepleierens arbeidsstyrke. Å sørge for en organisering som sikrer god pasientbehandling er en viktig oppgave for ledelsen. Det kan tenkes at dersom de ansatte hadde vært bedre bemannet og på den måten hatt bedre tid, ville de prioritert å følge de utarbeide retningslinjene. På den måten hadde man kanskje minsket graden av mangelfull informasjon i kommunikasjonen mellom sykehus og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (Aiken et al., 2010).

Kunnskapsbasert praksis sier noe om vitenskapelig kunnskap som er framskaffet på bakgrunn av forskning (Gran, 2012). Hvorfor gjør vi det vi gjør i arbeidet vårt? Begrunnelsene er mange: “Vi gjør det vi pleier å gjøre”, “vi gjør det vi lærte på kurs”, “vi gjør det vi av erfaring vet virker” (Kunnskapsbasert Praksis, 2012). Informantene sier at begrunnelsen for at de gjør som de gjør er at de alltid har gjort det slik, og det er noe de gjør daglig. Kunnskapskildene varierer, og kan for eksempel være kollegaer, eksperter, forskning, retningslinjer, kursing osv (Kunnskapsbasert Praksis, 2012). Det kan tenkes at den dominerende kunnskapskilden til informantene er deres kolleger. Via kollegene har de adoptert deres rutiner for utskrivning av pasient framfor å finne dette i den tilgjengelige kunnskapen som her er retningslinjene. På denne måten kan man oppleve at uriktig kunnskap om noe videreføres. Kunnskapsbasert praksis skal hjelpe med å øke bevisstheten om og reflektere over hvilke kunnskapskilder man baserer sine handlinger på. Hvis sykepleierne hadde vært mer bevisste og reflektert over kunnskapskilden ville det vært naturlig å arbeide ut i fra de nedfelte retningslinjene (Kunnskapsbasert Praksis, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer pkt. 5, slår fast at alle sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert (Nortvedt et al., 2007). Sykepleierne har derfor et ansvar for å holde seg oppdatert på retningslinjene for utskrivning av pasienter. Det er viktig at lederen holder de ansatte faglig oppdatert. Denne oppgaven blir underprioritert på mange arbeidsplasser og funnene tyder på at dette kan være tilfellet på SSHF også. Mange reagerer med undring dersom sykepleieren bruker litt av arbeidsdagen sin til å lese en forskningsrapport eller gå på et fagbibliotek (Pfeiffer, 2002). Dersom det hadde vært mer fokus på faglig oppdatering kan det hende at sykepleierne på avdelingene hadde tatt seg tid til å sette seg inn i retningslinjene og på den

måten fulgt disse. Å øke kunnskapen gjør at kompetansen også øker. Det vil da være en større sannsynlighet for at pasientene får den helsehjelpen de har krav på.

Sykepleierne er usikre på hvilke oppgaver andre samarbeidspartnere som lege, fysioterapeut og ergoterapeut har i utskrivningsprosessen. Sykehusets retningslinjer for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie, omsorgs- og rehabiliteringstjenester sier at at epikrise/foreløpig epikrise/behandlingsrapport sendes med pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Funnene fra undersøkelsen viser at de legeskrivene som sendes med pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten varierer. Videre sier retningslinjene at nødvendig informasjon fra fysio- og ergoterapeut skal følge med utskrivningspapirene. Få av informantene sier at pasienten får med seg informasjon fra fysio- og ergoterapeut til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter i sykehjem har behov for tverrfaglig behandling, pleie og omsorg, og det bør derfor sendes med informasjon fra alle involverte yrkesgrupper fra sykehuset til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Bolling et al., 2011). Fysio- og ergoterapeut tilhører den omsorgsmessige samhandlingskjeden og i følge Snøfugl et al. (2006) kan bedring av samhandlingen rundt pasientforløpet i den omsorgsmessige kjeden gi størst gevinst for pasienten og sykehuset. Informasjon fra fysio- og ergoterapeut er viktig for videre oppfølging av pasienten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er bekymringsfullt fordi pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ofte sårbare mennesker med kompliserte og løpende behov. Slike pasienter har ofte behov for en blanding av tjenester levert fra flere tilbydere (Kodner, 2002), og det er derfor viktig at de ulike aktørene som lege, fysio- og ergoterapeut har den informasjonen de trenger for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp og god oppfølging. Det at få av informantene sier at pasienten får med seg informasjon fra fysio- og ergoterapeut til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er derfor bekymringsfullt, og det tyder på at det er mangelfull samhandling mellom fysio- og ergoterapeut i sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. SSHF bør derfor sette inn tiltak for å bedre denne samhandling ved å ta i bruk meldingstypen fysioterapi- og ergoterapirapport og utskrivningsrapport.

Den kommunikasjonsformen som brukes mest i utskrivningsprosessen ved SSHF er telefon. Studien til Skaarsgaard et al. (2011) bekrefter at telefon er en av de kommunikasjonskanalene som brukes mest i utskrivningsprosessen. I følge Møller og Flermoen (2010) er forklaringen til dette at den skriftelige informasjonsflyten ofte går senere enn pasientflyten. Sykehusene melder utskrivningsklare pasienter til den kommunale helse og omsorgstjenesten via telefon.

Ved den ene avdelingen brukes telefax når de skal sende søknad til den kommunale helse- og omsorgstjenesten mens ved den andre avdelingen sendes disse pr post. Telefax bør ikke brukes til å overføre pasientopplysninger (Molven, 2009). Bruk av telefax kan føre til ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ikke skal gi pasienten helsehjelp får tilgang til taushetsbelagt pasientinformasjon. Dette fordi søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester og helseopplysninger til søknader kan bli liggende på faxen en stund før helsepersonell finner den og det kan faxes til feil faxnummer. Søknad og helseopplysningene til søknad inneholder taushetsbelagte opplysninger og opplysninger som kan identifisere pasienten som personnummer eller fødselsdato og første bokstav i fornavn og etternavn. Dette gjør det mulig for de som har tilgang til datasystemet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten å søke opp personnummer eller fødselsdato. Er pasienten registrert i systemet kan en da risikere at den ansatte finner brukeren selv om den ikke skal gi pasienten helsehjelp. En bør derfor ikke bruke telefax i utskrivningsprosessen. Ved å ta i bruk elektroniske PLO-meldinger vil helseopplysning til søknad sendes elektronisk. Dette forenkler arbeidsflyten og bedrer informasjonsflyten i utskrivningsprosessen samtidig som det sikrer at taushetsbelagte opplysninger ikke kommer til andre enn helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp.

## **7.2 Suksessfaktorer som bør vektlegges ved implementering av elektronisk informasjonsutveksling**

Implementering av elektroniske PLO-meldinger krever mye forberedelser. Man må gjøre interne forberedelser i sykehuset før man kan starte utvikling og implementering av elektronisk samhandling. Eksempler på interne forberedelser er å lage IT-strategier, handlingsplaner og andre planer/strategier som vil ha innvirkning på implementeringen av elektroniske PLO-meldinger. Det er viktig at man fokuserer på forberedelse, utvikling og implementering samlet (Melby og Hellesø, 2008). I oppgaven er DeLone og McLeans suksessmodell (2003) er anvendt for å forstå funnene og for å identifisere de suksessfaktorene som bør vektlegges ved implementering av elektronisk PLO-meldinger.

### **7.2.1 Informasjonskvalitet**

I følge DeLone og McLean (2003) handler informasjonskvalitet om kvaliteten på den informasjonen brukeren får av systemet. Samhandlingsreformen legger vekt på sammenhengende helsetjeneste. Samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse-

og omsorgstjenesten vil dermed øke betydelig i forbindelse med denne reformen (Skarsgaard et al., 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er viktig at det er god kvalitet på den informasjonen som brukeren får av systemet. Mangelfull informasjon kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten (dårligere oppfølging, flere gjeninnleggelser, lengre sykehusopphold) (Fugelsnes, 2010; Otterstad, 2011). Det er derfor viktig at informasjonen som brukeren får av systemet er tilgjengelig, oppdatert og riktig.

Rogers (2003) definerer relativ fordel som i hvilken grad en innovasjon blir sett på som noe bedre enn den ideen den skal erstatte. Hvis helsepersonell ser at kvaliteten på informasjonen de får av systemet ved implementering av elektroniske PLO-meldinger er bedre enn den pasientinformasjonen de har tilgjengelig i dag, er sannsynligheten større for at innovasjonen blir adoptert.

Siden telefon er den kommunikasjonskanalen som brukes mest i utskrivningsprosessen i dag, blir beslutningene som tas i samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte ikke dokumentert (Snøfugl et al., 2006). Ved implementering av elektroniske PLO-meldinger vil mye av denne kommunikasjonen skje elektronisk, og en vil derfor ha den nødvendige informasjonen både dokumentert og tilgjengelig i pasientens journal. Dette vil også bedre informasjonsflyten i utskrivningsprosessen.

Funnene fra intervjuundersøkelsen viser at det brukes flere ulike skjemaer i utskrivningsprosessen: sykepleiesammenfatning, informasjonsskriv til pasienten, epikrise, fysio- og ergoterapeutepikrise, helseopplysning ved søknad m.m. Disse skjemaene blir i varierende grad sendt med pasienten til den kommunale helse og omsorgstjenesten. Studier viser at dette også er virkeligheten ved andre sykehus, og dette vil ha implikasjoner i forhold til oppfølging av pasienten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Møller og Flermoen, 2010) Når skjemaene sendes med pasienten, kan de komme bort på veien og en kan da risikere at de ikke når frem til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved bruk av elektroniske PLO-meldinger ville disse skjemaene bli erstattet med elektroniske meldinger. Meldingen vil bli lagret i sykehusets journalsystem og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil da få meldingene rett inn i pasientjournalen. Alle avdelingene vil da bruke de samme meldingene, og det vil ikke bli ulik praksis mellom avdelingene i forhold til hvilke skjema som sendes med pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil øke systemets informasjonskvalitet.

Hvis brukerne av systemet ser at den informasjonen de får av systemet er god, vil det påvirke intensjon om bruk og brukertilfredshet (DeLone og McLean, 2003). Ved bruk av elektroniske PLO-meldinger vil brukerne se at den informasjonen de får av systemet er bedre enn den informasjonen de får av dagens system. Dette øker sannsynligheten for at innovasjonen blir adoptert.

### **7.2.2 Systemkvalitet**

Systemkvalitet beskriver egenskapene til systemet. Brukerne av systemet må oppleve systemet som brukervennlig, tilgjengelig og pålitelig. Systemet må også ha god omstillingsevne og responstiden må være god (DeLone og McLean, 2003). Funnene fra intervjuene viser at telefon er den mest brukte kommunikasjonskanalen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette bekrefter også Snøfugl et al. (2006) i sin rapport. Sykepleierne bruker mye tid på telefoner. Blant annet brukes det mye tid på å få tak i de rette personene osv. Ved bruk av elektroniske PLO-meldinger kan helsepersonell spare tid på å få tak i de rette personene (Melby og Hellesø, 2008). Det er derfor viktig ved en planlegging av implementering at systemets responstid er så god at helsepersonell kan spare tid på å bruke systemet. Hvis brukerne av systemet ser at de sparer tid med å bruke det nye systemet, er sannsynligheten for at innovasjonen blir adoptert stor i følge Rogers (2003). Videre viser funnene fra intervjuene at den ene avdelingen har utarbeidet et eget søknadsskjema om kommunale helse- og omsorgstjenester som de bruker til alle kommunene i fylket. Dette ligger tilgjengelig i DIPS. Ved den andre avdelingen må de gå inn på hver enkelt kommunes hjemmeside og hente ut den enkeltes kommunes søknadsskjema. Funnene viser at det brukes mye tid på å finne frem til det rette søknadsskjemaet, og avdelingen som har utarbeidet eget felles søknadsskjema er fornøyd med dette fordi de blant annet sparer tid på å finne rett skjema. Dette systemet er både ressurs sparende og tidsbesparende. For at en skal oppnå suksess med elektroniske PLO-meldinger og gjøre systemet mer brukervennlig og tilgjengelig bør det vurderes om det skal utarbeides et slikt felles søknadsskjema for hele sykehuset. Hvis brukerne ser at de sparer tid på å bruke et felles søknadsskjema til alle kommunene vil det i følge (Rogers, 2003) øke sannsynligheten for at implementeringen blir vellykket.

Ved den ene avdelingen blir søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester og legeopplysninger til søknad faxet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å oppnå suksess med implementeringen bør meldingstypen helseopplysning ved søknad tas i bruk (KITH, 2011). Dette er en elektronisk rapport som sendes til tjeneste-/bestillerkontor i

kommunen ved søknad om kommunale tjenester. Den avdelingen som faxer helseopplysningene til søknaden, må i tillegg ringe den kommunale helse- og omsorgstjenesten og melde fra om at det kommer en telefax. Ved å ta i bruk denne meldingstypen vil de ansatte spare tid på å faxe og få tak i rett person. Søknaden vil fortsatt sendes pr post, men når kommunen får den elektroniske meldingen kan de starte planleggingen (Rasmussen). Meldingen inneholder blant annet opplysninger om kontaktopplysninger på ansvarlig helsepersonell på sykehus, informasjon om at søknad er sendt eller ettersendes og eventuelt viktige opplysninger fra søknaden. Videre skal meldingen blant annet inneholde foreløpige sykepleieopplysninger, planlagt utskrivningsdato og foreløpige medisinske opplysninger hvis disse opplysningene er tilgjengelige på det aktuelle tidspunktet (KITH, 2011). Ved å ta i bruk denne meldingstypen vil man unngå at personer som ikke trenger opplysningene fordi de ikke skal gi pasienten helsehjelp får tak i de faxede søknadene og legeopplysningene da disse kommer rett inn i pasientens journal. For at en skal få suksess med systemet er det viktig at helsepersonell opplever at de sparer tid på å sende elektroniske meldinger fremfor å bruke telefax og telefon i denne prosessen (Rogers 2002). Det er også viktig at meldingene som skal sendes til den kommunale helse- og omsorgstjenesten inneholder nok informasjon til at kommunen kan få et overblikk over pasientens situasjon og dermed kan vurdere hvilke tjenester som er aktuelle.

Dagens retningslinjer for utskrivning av pasienter som har behov for rehabilitering og omsorgstjenester er lite kjent blant informantene. For å få en suksess med implementering av elektronisk samhandling må man ta en gjennomgang av eksisterende rutiner og prosedyrer helt sentralt. En slik gjennomgang må ses på som et nødvendig forarbeid før man innfører nye datasystemer (Melby og Hellesø, 2008). Man kan stille seg spørsmål om årsaken til at retningslinjene ikke er kjent blant ansatte er at dagens intranett er lite brukervennlig. Når det skal utarbeides nye retningslinjer i forbindelse med implementeringen av elektroniske PLO-meldinger er det viktig at disse er tilgjengelige i systemet. Brukeren vil da oppleve systemet som brukervennlig og tilgjengelig. Dette vil føre til at brukeren opplever av systemkvaliteten er god.

En annen viktig suksessfaktor er at systemet må være nyttig og enkelt i bruk. For å få til dette må man i følge Melby og Hellesø (2008) tenke brukerfunksjonalitet fra dag en. Det er derfor viktig at brukerne er involvert i prosessen for å sikre gode løsninger.

For å oppnå suksess med systemet er det også viktig at systemet er brukervennlig. I tillegg må brukerne av systemet oppleve systemet som tilgjengelig og pålitelig. Hvis brukerne av systemet opplever systemkvaliteten som god, vil det påvirke intensjon om bruk og brukertilfredshet positivt.

### 7.2.3 Servicekvalitet

I følge DeLone & McLean (2003) handler servicekvalitet om brukerstøtte til brukerne av systemet. For at implementeringen av elektroniske PLO-meldinger skal bli vellykket er det viktig å gjøre en del forberedelser knyttet til EPJ-systemene. Det er viktig at man sørger for at alle som bruker/skal bruke EPJ, kan bruke systemet og hvis det er behov for opplæring må disse få opplæring slik at man får tatt i bruk EPJ systemet fullt ut før man innfører elektroniske PLO-meldinger (Melby og Hellesø, 2008). Man må da definere hvilke kompetansekrav som skal stilles til den enkelte yrkesgruppe om hva de skal kunne i dagens system. I følge KITH (2009) skal kompetansekrav for bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren fokusere på helsepersonells ivaretagelse av pasientsikkerhet når elektroniske systemer brukes ved behandling av helseopplysninger. For å få oversikt over opplæringsbehovet i dagens EPJ system tas en kompetansekartlegging av de ansattes kompetanse i bruk av EPJ (KS, 2008). Kartleggingen kan utføres ved hjelp av et avkryssningsskjema.

Tabell 6: Utdrag fra en kompetansekartlegging

	Mestrer	Trenger opplæring
Jeg kan registrere/ endre pårørendeinformasjon		
Jeg kan skrive sykleiesammenfatning		

Når kompetansekartleggingen er gjennomført, vil man se hva brukerne av systemet trenger av opplæring i dagens EPJ-system og en kan gjennomføre opplæring ut fra det. Når opplæringen er gjennomført, og alle ansatte kan bruke EPJ ut fra de kompetansekravene som stilles til den enkeltes yrkesgruppe, kan man starte implementeringen av elektroniske PLO-meldinger.

Når en skal ta i bruk ny funksjonalitet som elektroniske PLO-meldinger er det viktig med god grunnopplæring og kontinuerlig oppfølging av helsepersonell i etterkant (Skaarsgaard et al.,



2011). Man må gjennomføre opplæring på følgende nivåer: systemansvarlig, superbruker og brukernivå (Kristiansund kommune og Helse Møre og Romsdal, 2011). Det er viktig å ha gode rutiner og få lært opp alle brukerne av systemet raskt slik at implementeringsperioden blir kortest mulig. (Skaarsgaard et al., 2011). Alle som skal bruke systemet må få opplæring. I følge Skaarsgaard et al. (2011) viser erfaringer at det bør fokuseres på opplæring og rutiner og bruk av meldinger blant legene også. Siden dagens retningslinjer for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie-, omsorgs og rehabiliteringstjenester er lite kjent blant de ansatte varier utskrivningsprosedyrene. En viktig suksessfaktor er derfor å lage nye felles retningslinjer for hele sykehuset og få disse godt forankret blant ansatte. Disse retningslinjene må være lett tilgjengelige for de ansatte. Videre er det viktig å utarbeide skiftelige prosedyrer for hvordan man sender og mottar elektroniske PLO-meldinger. Disse prosedyrene må være tilgjengelige for brukerne når de sitter ved PC`ene slik at de kan slå opp i disse hvis de lurer på hvordan de skal gjøre det. For å oppnå suksess er det viktig at det utvikles en felles forståelse mellom prosjektmedarbeiderne og brukerne om hvordan rutiner og retningslinjer skal følges opp (Melby og Hellesø, 2008).

Støtte (support) og oppfølging er også viktig. Studier viser at sykepleiere opplever mangel på støtte når de har behov for det. Dette oppleves som et hinder for å utføre forsvarlige tjenester (Bond, 2007). For at en skal få suksess med elektronisk samhandling må det avklares hvem som skal ivareta den daglige støtten (Kristiansund kommune og Helse Møre og Romsdal, 2011). Det må også utarbeides gode rutiner for oppfølging av feil og støtte i forbindelse med informasjonsutvekslingen (Skaarsgaard et al., 2011).

For å oppnå suksess med systemet er det også viktig at det avklares hvem og hvilke roller som kan kontaktes hos sykehusets egen IKT-avdeling, og hvem som skal stå for kontakten med systemleverandør og eventuelle samarbeidspartnere. Videre må det lages gode rutiner for oppfølging av feil i forbindelse med informasjonsutvekslingen (Kristiansund kommune og Helse Møre og Romsdal, 2011).

De meldingene som sendes mellom de ulike aktørene vil inneholde sensitiv og privat informasjon. En viktig suksessfaktor er derfor at de som skal bruke systemet kjenner til lovverket om ivaretagelse av pasientens rettigheter i forhold til lagring og utveksling av personlige opplysninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det bør derfor holdes jevnlig kurs for systemets brukere slik at de får kunnskap om dette lovverket. Brukerne må

også få kurs i norm for informasjonssikkerhet slik at en sikrer forsvarlig håndteringa av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet (Helsedirektoratet, 2010).

En annen viktig suksessfaktor er at man må ha langtidsperspektiv. Ting tar tid og man kan ikke forvente å se raske resultater etter implementeringen av elektroniske PLO-meldinger. Langtidsperspektiv er viktig fordi implementeringen krever en del interne forberedelser og samhandling med mange aktører gjør at prosjektet blir uforutsigbart og tidkrevende. På grunna av prosjektets kompleksitet og alle kontaktpunktene som samkjøres tar det lang tid fra planlegging til de konkrete tjenestene blir synlige (Melby og Hellesø, 2008).

Opplever brukerne servicekvaliteten som god vil det påvirke intensjon om bruk og brukertilfredshet positivt.

#### **7.2.4 Intensjon om bruk**

Intensjon om bruk er brukernes holdninger til bruk av systemet (DeLone & McLean, 2003). I følge DeLone og McLean (2003) er det viktig at de ansatte er med i hele prosessen og får nødvendig informasjon.

God forankring av prosjektet vil påvirke brukernes holdning til bruk av systemet. Prosjektet implementering av elektroniske PLO-meldinger må være godt forankret innad i sykehuset og mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Melby og Hellesø, 2008). God forankring i ledelsen gjennom hele prosjektperioden er en viktig suksessfaktor (Skarsgaard, 2010; Melby og Hellesø, 2008). Dette er viktig fordi det gir større oversikt og perspektiv på hva som skjer og det er der beslutningstakere sitter (Melby og Hellesø, 2008). God forankring i ledelsen er viktig for at prosjektet skal få de ressursene og arbeidsforholdene som kreves for at implementeringen skal bli vellykket og fordi ledelsen ser behovet for motivasjonstiltak, informasjon og opplæring. For at implementeringen av elektroniske PLO-meldinger skal bli vellykket, må det også være en god forankring hos brukerne av systemet. Dette er i følge Melby og Hellesø (2008) viktig fordi implementering av elektronisk samhadlig må ses på som et fagprosekt, og helsepersonell må involveres for å få faglig forankring. At brukerne er tilstrekkelig involvert i implementeringen er avgjørende for det faglige arbeidet i implementeringsprosjektet og for kvaliteten på resultatene og intensjonen om å bruke systemet. Det er også viktig at brukerne er med å legge til rette for en god bruk av systemet (Riksrevisjonen, 2008). Ledelsen må forankre prosjektet blant de ansatte ved å skape engasjement og motivasjon og sørge for tilstrekkelig opplæring (Strømsholm et al., 2008). Det

bør også være en god forankring i ressursmiljøer som kompetansesentra og forsknings-/utviklingsmiljøer. Det bør opprettes en prosjektstyringsgruppe hvor de ulike aktørene er representert for å sikre god forankring (Melby og Hellesø, 2008). For at brukerne av systemet skal få en intensjon om å bruke systemet, er det viktig å skape konsensus mellom de ulike aktørene i behandlingsskjeden og få med seg alle på samme målbilde. Dette har vært en viktig suksessfaktor i Sverige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

For at brukerne av systemet skal få positive holdninger til prosjektet er det viktig å ha faget i fokus og skape et felles eierskap mellom de faglige aktørene. Implementering av elektroniske PLO-meldinger er mer et fagprosjekt enn et teknologiprojekt. Erfaringer fra fyrtårnsprosjektet viser at hvis ikke teknologien virker så blir det vanskelig å forbedre det faglige tilbudet til pasientene. Teknologi og fag er derfor avhengig av hverandre. For å få implementeringsprosessen vellykket, er det derfor viktig at helsepersonell involverer seg i prosjektet fra en tidlig fase (Melby og Hellesø, 2008).

En annen faktor som påvirker brukernes holdninger til systemet og som gir systemet suksess er at brukerne må se nytten av systemet. Helsepersonell må se at det er nyttig å bruke de elektroniske PLO-meldingene. Hvis de ser at det nye systemet er bedre enn det gamle, er det stor mulighet for at innovasjonen blir adoptert (Rogers, 2003). For at ansatte på sykehuset skal se denne nytten er det viktig at helsepersonell fra de ulike samhandlingspartene (sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) involverer seg i prosjektet sammen. Dette for å få en faglig forankring hos alle de som er involvert i samhandling (Melby og Hellesø, 2008). Er det god forankring hos brukerne av systemet i kommunene vil det påvirke systemets brukere på sykehuset til å bruke systemet da de vil se de gevinstene det vil gi.

Har brukerne positive holdninger til bruk av elektroniske PLO-meldinger, vil det føre til økt bruk av systemet (DeLone og McLean, 2003).

### **7.2.5 Brukertilfredshet**

Brukertilfredshet handler om brukerens tilfredshet med systemet (DeLone & McLean, 2003). Systemer som har god informasjons-, system- og servicekvalitet påvirker brukertilfredsheten blant brukerne av systemet. For at helsepersonellet skal være tilfreds med systemet må systemets informasjons-, system- og servicekvalitet være god. Hvis brukerne er tilfreds med systemet vil en oppnå den ønskede effekten av de elektroniske PLO-meldingene, og systemet

vil bli sett på som noe bedre enn det systemet det erstatter, og det vil derfor øke sannsynligheten for at innovasjonen blir adoptert (Rogers, 2003).

### **7.3 utfordringer relatert til metode**

Det var en utfordring å intervju sykepleiere som var på jobb. Da det ikke var ekstra bemanning måtte informantene være tilgjengelig for både telefoner og pasientalarmer. Man ser i ettertid at forholdene rundt selve intervjuene kan ha påvirket de svarene informantene gav og på den måten hatt innvirkning på reliabiliteten. I ettertid er det også reflektert over i hvilken grad svarene informantene gav har hatt innvirkning på begrepsvaliditeten. Skjønte informantene innholdet i spørsmålene som ble stilt? Det kan også tenkes at noen av de spurte informantene hadde for lite kunnskap om behovet og nytten av å følge retningslinjer til å kunne svare på spørsmålene. I følge Malterud er et av målene ved å benytte kvalitativ studie at resultatene skal gi kunnskap som kan brukes av andre og i andre sammenheng. På den måten vil resultatene ha en overføringsverdi (Malterud, 2003). Det kan tenkes at resultatene fra dette prosjektet er overførbar. Man vil da ved å utføre samme undersøkelse på en annen avdeling ved SSHF, få bortimot samme svar fra de ansatte. Det kan også være ulemper med å intervju fagfolk. Intervjuet kan bli saklig og langt fordi informantene blir svært engasjert på vegne av sitt eget yrke (Dalland, 2007). I noen av intervjuene ønsket informantene å fortelle om noe som engasjerte dem og som var viktig for vedkommende. Dette krevde at den som intervjuet måtte lede informantene inn på intervjuets tema og hensikt. I følge Dalland kan en annen utfordring være når fagfolk møter studenter. Han mener fagfolk ofte kan bli belærende og at resultatet kan bli annerledes i møte med fagfolk enn med klienter eller pasienter (Dalland, 2007). Det kan her hende at noen av informantene hadde svart annerledes dersom de ble intervjuet av en kollega eller en overordnet.

### **7.4 Oppsummering**

Funnene fra intervjuene viser at få av informantene kjenner retningslinjene sykehuset har for utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse-, omsorgs og rehabiliteringstjenester. De ulike avdelingene bruker ulike skjemaer og kommunikasjonskanaler i utskrivningsprosessen. Det er flere faktorer som bør vektlegges for at implementeringen av elektroniske PLO-meldinger skal bli vellykket. Dette er faktorene systemkvalitet, servicekvalitet, intensjon om bruk og brukertilfredshet. Ved å vektlegge de identifiserte faktorene vil sannsynligheten for at implementeringen skal bli vellykket øke.

## 8.0 Konklusjon

Mangelfull samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står ovenfor. Skal helsetjenesten klare å møte fremtidens økning i antall eldre og kronisk syke må kvaliteten på samhandlingen bedres. God samhandling skal gi bedre kvalitet på helsetjenestene og arbeidsprosessene skal bli mer effektive (Hellesø et al., 2010).

Det er flere ulike handlingsplaner for IT-utviklingen i helsetjenesten som omhandler elektronisk samhandling. Det er likevel flere sykehus og kommuner som ikke har kommet i gang med elektroniske PLO-meldinger.

Funn fra intervjuene viser at rutiner i forhold til utskrivning av pasienter varierer fra avdeling til avdeling, og at retningslinjene ikke blir fulgt. Gjennom intervjuene kom det frem at de ulike avdelingene i samme sykehus bruker ulike skjema og kommunikasjonskanaler i utskrivningsprosessen. Det kom også frem utfordringer samt positive og negative erfaringer knyttet til utskrivningsprosessen.

Det er identifisert flere faktorer som bør vektlegges for at implementeringen av elektroniske PLO-meldingen skal bli vellykket. Disse faktorene er informasjonskvalitet, systemkvalitet, servicekvalitet, intensjon om bruk og brukertilfredshet. Ved å vektlegge de nevnte faktorene vil man øke sannsynligheten for en vellykket implementering av elektroniske PLO-meldinger.

## 8.1 Videre arbeid

Videre arbeid kan være å kartlegge dagens utskrivningsrutiner ved SSHF etter implementeringen av elektroniske PLO-meldinger. Etter implementeringen ville det vært interessant å undersøke om PLO-meldingen dekker sykepleiernes informasjonsbehov i både sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ville også vært interessant å se på hvordan ledelsen kan påvirke implementeringen av elektroniske PLO-meldinger. Man kunne fokusere på ulikheter ved selve implementeringen av PLO- meldinger ved å undersøke sykepleiernes erfaringer fra implemetreingsprosessen ved to eller flere ulike sykehus. Ved å sammeligne en avdeling som har erfaring med bruk av elektroniske PLO- meldinger med en avdeling som ikke har erfaring kunne man kartlagt endringene før og etter bruk av elektroniske PLO-meldinger.

## Litteraturliste

- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL, Kutney-Lee A. (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care*. Hentet 25. mars 2012, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Patient+safety%2C+satisfaction%2C+and+quality+of+hospital+care%3A+cross+sectional+surveys+of+nurses+and+patients+in+12+coun+tries+in+Europe+and+the+United+States.15242.cms>
- Bollig, G., Ester, A. og Landro, Ingunn. S. (2011). *Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem*. Hentet 13. april 2012, fra <http://www.sykepleien.no/Content/586704/artBollig.pdf>
- Bond, C.S. (2007). Nurses requirements for information technology: A challenge for educators. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1075-1078.
- Busch, T. og Vanebo, J.O. (2000). *Organisasjon og ledelse. Et integrert perspektiv* (5 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Deloitte. (2010). *Gevinstpotentialer. Udbredelse af hjemmepleje-sygehus-kommunikation*. MedCom 7-prosjekter.
- DeLone, W.H. og McLean, E.R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information System Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information System*. 19 (4), 9-30.
- DIPS. (2012). *Om oss*. Hentet 26. april 2012, fra <http://www.dips.no/nor/om-oss>
- FOR-2000-12-21 nr. 1385. *Forskrift om pasientjournal*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Fugelsnes, E. (2010). *Truende kommunikasjonsvikt*. Hentet 19. august 2011, fra <http://www.forskning.no/artikler/2010/september/265393>
- Gran, S.V. (2012). Hentet 1.mai 2012, fra

<http://www.sykepleien.no/nyhet/832846/sykepleieteori-i-mote-med-pasienten>

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*.

Hellesø, R. (2006). *Informasjonsutveksling mellom sjukepleiarar i heimetenesta og sjukehus*. Hentet 15. januar 2011, fra [www.himolde.no/db/42/2108.ppt](http://www.himolde.no/db/42/2108.ppt)

Hellesø, R. og Fagermoen, M.S. (2010). *Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity care*. Hentet 25. mars 2012, fra <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/508/1014>

Helsedirektoratet. (2011a). *Nasjonalt meldingsløft har lagt et viktig grunnlag for å oppfylle samhandlingsreformen*. Hentet 26. april 2012, fra <http://helsedirektoratet.no/it-helse/meldingsutveksling/Documents/Meldingsl%C3%B8ft-nyhetsbrev%20april%202011.pdf>

Helsedirektoratet. (2011b). *Handlingsplan 2011 – Meldingsløftet i kommunene 2010-2011*. Oslo.

Helsedirektoratet. (2010). *Norm for informasjonssikkerhet*. Hentet 16. april 2012, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norm-for-informasjonssikkerhet/Publikasjoner/norm-for-informasjossikkerhet.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Sykehus*. Hentet 9. mai 2012, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus.html?id=10935>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet 27. mars 2012, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Høringsuttalelse- forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov*. Hentet 16. februar 2011, fra <http://www.regjeringen.no/pages/14377692/TietoHealthcareScandinavia.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Programdirektiv for Nasjonalt meldingsløft 2008-2010*.

Helse- og sosialdepartementet. (2004). *Samspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Oslo.

Hoem, S., Nielsen, L. og Rudebeck, H. (2008). *Digital kommunikation mellem plejepersonale på sygehus og i hjemmeplejen*. Masteroppgave i Sunnesainformatikk. Aalborg: Aalborg universitet.

Håland, A. og Straume, L.H. (2005). *Elektronisk meldingsutveksling-mer enn bare en e-brevdue?* Masteroppgave. Aalborg: Aalborg Universitet.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse* (3 utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave). Oslo: Abstrakt forlag.

Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2008). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3 utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

KITH. (2012). *EPJ – Elektronisk pasientjournal*. Hentet 26. april 2012, fra [http://www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_569.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_569.aspx)

KITH. (2011). *Anbefaling til Retningslinjer for bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger*. Oslo

KITH. 2003. *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Hentet 06.mai.2012, fra <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>

Kodner, D.L. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated*. Hentet 25. mars 2012, fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>

Kripalani, S., LeFevre, F., Philips, C.O., Williams, M.V., Basaviah, P. og Baker, D.W. (2007). Decefits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *American Medical Association*. 297 (8), 831-841.

KS. (2008). *Gode eksempler på kompetansekartlegging*. Hentet 13. april 2012, fra <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/Arbeidsmiljo/Gode-eksempler-pa-kompetansekartlegging/>



Kunnskapsbasert Praksis. Hentet 14. april 2012, fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kristiansund kommune og Helse Møre og Romsdal. (2011). *Koble sammen? Erfaringer fra et pilotprosjekt i Kristiansund*. Hentet 1. april 2012, fra: <http://www.telemed.no/koble-sammen-erfaringer-fra-helse-moere-og-romsdal-og-kristiansund-kommune.4978735-164942.html>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov 1997-07-02 nr. 63. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov 1997-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2 utgave). Oslo: Universitetsforlag.

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*. (10). Hentet 25. mars 2012, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859705/>

Melby, K. og Hellesø, R. (2008). *Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten: erfaringer fra fyrårnsprosjektene*. Trondheim: Norsk teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Melby, L., Hellesø, R. og Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Hentet 25. mars 2012, fra <http://tidsskriftet.no/article/1977979>

Meld. St. 16 (2010-2011). *Melding til stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild, Quivey, Martha og Berge, Asbjørn, 2002, *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*, Akribe Forlag, Oslo.

Molven, O. (2009). *Helse- og jus. En innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Møller, G. og Flermoen, S. (2010). *Samhandling mellom kommuner og helseforetak*. Telemark: Telemarksforskning.

Nortvedt, Monica W., Jamtvedt, Gro., Graverholt, Birgitte og Liv Merete Reinart. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Otterstad, H.K. (2011). Hva kan vi lære av svensk samhandling? *Sykepleien*. 14, 58-60.

Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rasmussen, E. *3 års med elektrisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og PRO-tjenesten i Stavanger- hva har vi lært?* Hentet 14. april 2012, fra [http://www.kith.no/upload/3592/egil\\_rasmussen.pdf](http://www.kith.no/upload/3592/egil_rasmussen.pdf)

Riksrevisjonen. (2008). *Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten*. Oslo.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovation*. Hentet 1. mai 2012, fra [http://books.google.no/books?id=9U1K5LjUOwEC&printsec=frontcover&hl=no&source=gb\\_s\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.no/books?id=9U1K5LjUOwEC&printsec=frontcover&hl=no&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Skarsgaard, S., Lyngstad, M. og Askevold, A. (2011). *ELIN – k prosjektet Sluttrapport*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og KS.

Skarsgaard, S. (2010). *Samspillkommuneprosjektet sluttrapport*. Hentet 11. mars 2012, fra [http://www.kith.no/upload/6313/Samspillkommuneprosjekt\\_sluttrapport.pdf](http://www.kith.no/upload/6313/Samspillkommuneprosjekt_sluttrapport.pdf)

Snøfugl, G., Grimsmo, A., Heimly, V., Melby, L. og Paulsen, B. (2006). *Elektronisk samhandling mellom foretakene og kommunene*. Trondheim: NTNU, NSEP.

Snøfugl, G. og Hellesø, R. (2006). *Elektronisk kommunikasjon: Lenge leve telefon og tradisjon. Rapport fra intervjuer i Stavanger*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

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*. Kristiansand.

SSHF. (2011a). *Meldingsløft i kommunene, delprosjekt i pleie- og omsorgsmeldinger. Videreføring av ELIN- k.* Hentet 15. januar 2012, fra SSHF sitt intranett.

SSHF. (2011b). *Strategiplan Sørlandet sykehus HF 2012-2014.* Lastet ned 1. mai 2012, fra <http://www.sshf.no/SiteCollectionDocuments/Rune%20Nesdal%20Jonassen/Strategiplan%202012%202014.pdf>

St.prp. nr. 1 (2005-2006). *For budsjettåret 2006.* Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Store norske leksikon. (2012 a). *Hjemmesykepleie.* Hentet 26. april 2012, fra <http://snl.no/.search?query=hjemmesykepleie&search>

Store norske leksikon. (2012b). *Implementere.* Hentet 26. april 2012, fra <http://snl.no/implementere>

Store norske leksikon. (2012c). *Sykepleier.* Hentet 8. mai 2012, fra <http://snl.no/sykepleier>

Strømsholm, I., Jor, S., Due- Løvaas, T. (2008). *Innføring av elektronisk pasientjournal på Radiumhospitalet.* Hentet 1.mai 2012, fra <http://sos6510-08.wikispaces.com/Prosjektoppgave>

Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi.* Hentet 30. januar 2012, fra [http://teknologiradet.no/dm\\_documents/Rapport\\_Fremtidens\\_Alderdom\\_web\\_ukiNV.pdf](http://teknologiradet.no/dm_documents/Rapport_Fremtidens_Alderdom_web_ukiNV.pdf)

Wulong, T. (1998). Hentet 5. august 2008, fra <http://searchcio.techtarget.com/definition/workflo>

# Vedlegg 1

Pasienter og brukere\Andre fellesprosedyrer

## FELLES RETNINGSLINJER FOR UTSKRIVNING AV PASIENTER FRA [ ] SOM TRENGER KOMMUNALE PLEIE, OMSORGS - OG REHABILITERINGSTJENESTER Endelig versjon

### 1. Omfang

Gjelder for alle pasienter som trenger oppfølging fra kommunal pleie, omsorg - og rehabiliteringstjeneste etter utskrivning fra avdelinger ved [ ] til kommunene i Agder.

### 2. Målsetting

- 2.1. Styrke pasientsikkerheten ved utskrivning. Sikre at pasientens medisinske, omsorgsmessige og rehabiliteringsbehov blir ivaretatt ved overføring fra sykehuset til kommunalt ansvar
- 2.2. Styrke pasientopplevd kvalitet. Sikre at pasient og pårørende opplever en helsetjeneste som gir et sammenhengende pasientforløp, med pasientens ønsker og behov og verdighet i fokus.
- 2.3. Sikre at pasienten tas hånd om på riktig omsorgsnivå basert på LEON - prinsippet, også internt i kommunene.
- 2.4. Bidra til å standardisere hva som er god kvalitet i samhandlingen omkring utskrivning mellom alle sykehus og alle kommuner på [ ]
- 2.5. Klargjøre standarder for utskrivning som derved kan gi grunnlag for melding av avvik og kontinuerlig forbedringsarbeid.
- 2.6. Sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten.

### 3. Ansvarsfordeling

#### 3.1. [ ] har ansvar for planlegging av utskrivning:

- 3.1.1. Så snart som mulig etter innleggelse skal kontaktsykepleier og pasientansvarlig lege i samarbeid med pasient og pårørende vurdere pasientens behov for omsorg, hjelpemidler og rehabilitering etter utskrivning.
- 3.1.2. Gi melding/sende søknad etter pasientens samtykke til kommunen. Avtalen som gjøres og med hvem dokumenteres i journalen.
- 3.1.3. I samråd med sykepleier planlegger ansvarlig lege utskrivning og setter en antatt utskrivningsdato så tidlig som mulig. Den meddeles kommunen umiddelbart.
- 3.1.4. Er det i forbindelse med utskrivningsplanlegging behov for eget møte mellom 1. og 2. linjetjenesten arrangeres dette på sykehuset. For kommuner med stor avstand kan det arrangeres som telefonmøte.
- 3.1.5. Behov for opplæring i prosedyrer avklares med kommunen umiddelbart etter antatt utskrivningsdato er satt.

#### 3.2. Ved utreise har sykehuset ansvar for at

- 3.2.1. Sykepleierrapport sendes med pasienten.
- 3.2.2. Epikrise/foreløpig epikrise/behandlingsrapport sendes med pasienten og sendes fastlegen.
- 3.2.3. Nødvendige opplysninger fra fysioterapeut/ergoterapeut følger med utskrivningspapirene. Om nødvendig medsendes rekvisisjon.
- 3.2.4. Pårørende er informert om utskrivningen.
- 3.2.5. Transport er bestilt.
- 3.2.6. Det er gjort avtale om tidspunkt for ankomst og der det er nødvendig at hjemmesykepleien tar imot pasienten, skal dette være avtalt.
- 3.2.7. Pasienten har med seg medisiner til første virkedag eller lengre etter avtale med kommunen, og nødvendige resepter.
- 3.2.8. Leveranse av spesialutstyr/ hjelpemidler er avklart med kommunen.

### **3.3. Kommunen har ansvar for**

- 3.3.1. Kommunen har til enhver tid oppdaterte lister med kontaktpersoner, telefonnummer, soner, institusjoner og vakttelefoner.
- 3.3.2. I de tilfellene pasienter mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester før den aktuelle innleggelsen, skal ansvarlig sykepleier i kommunen uoppfordret kontakte sykehuset så fort som mulig og gi nødvendige opplysninger om pasienten.
- 3.3.3. Bestemme hvilke tjenester som skal gis utifra beskrivelser fra sykehuset om pasientens funksjonsnivå, behov og rehabiliteringspotensiale.
- 3.3.4. Der hvor det er usikkerhet hos pasient og pårørende om tjenestetilbudet er adekvat, har kommunen et hovedansvar for informasjon.

## **4. Krav til sykepleierrapport fra**

- 4.1. Pasientens funksjon og hjelpebehov.
- 4.2. Beskrivelse av eventuelle sykepleieprosedyrer.
- 4.3. Behov for eventuelle hjelpemidler – hva er gjort, vurdert og bestilt, og av hvem?
- 4.4. Medikamenter gitt utskrivningsdagen.
- 4.5. Utstyr ved utskrivning.
- 4.6. Nærmeste pårørende.
- 4.7. Kontaktsykepleier med telefonnummer.

## **5. Krav til epikrise / foreløpig epikrise / behandlingsrapport fra**

- 5.1. Hva feiler pasienten – diagnose.
- 5.2. Resultat av undersøkelser.
- 5.3. Undersøkelser der det ennå ikke foreligger svar/resultat.
- 5.4. Behandling og resultat av behandlingen.
- 5.5. Gjeldende medikamentliste fra sykehuset.
- 5.6. Hvilke medisiner er seponert.
- 5.7. Allergier/cave.
- 5.8. Funksjonsnivå.
- 5.9. Prognose/rehabiliteringspotensiale.
- 5.10. Hva er gitt av informasjon og til hvem? (pasient, pårørende, andre).

## Vedlegg 2

### Litteratursøk

Søkeord	Søkebase	Antall teff	Dato
Nasjonal IKT strategi	Google.no	783 000	14.07.2011
PLO-meldinger	Bing beta.no	140	15.07.2011
Meldingsløft i kommunene	Bing beta.no	30	06.07.2011
ELIN-k	Bing beta.no	1 750 000	06.07.2011
DIPS klassifiseringssystem	Google.no	1 780	20.07.2011
PLO meldinger	Google.no	70 200	20.07.2011
Electronic message system	Pubmed	145	20.08.2011
Electronic system municipal care	PubMed	10	20.08.2011
Meldingsutveksling	SweMed	1	20.08.2011
Electronic communication	SweMed +	37	22.08.2011
Health communication	SweMed +	934	22.08.2011
Medical Records Systems, Computerized/ Patient Discharge/	OvidMEDLINE	17 108	01.09.2011
Medical Records Systems, Computerized/Patient Discharge/	OvidMEDLINE	15 832	01.09.2011
Community Health Services/	OvidMEDLINE	234	01.09.2011
Medical Records Systems, Computerized/Patient Discharge/ Community Health Services/	OvidMEDLINE	24 709	01.09.2011
Medical Records Systems, Computerized/Patient Discharge/ Community Health Services/	OvidMEDLINE	0	01.09.2011
Computer Communication Networks/ or Communication/ or Health Communication/ or Interdisciplinary Communication/	OvidMEDLINE	72 421	01.09.2011
Medical Records Systems, Computerized/Patient Discharge/ Computer Communication Networks/ or Communication/ or Health Communication/ or Interdisciplinary Communication/	OvidMEDLINE	20	01.09.2011

## Vedlegg 3

### Informert samtykke

Jeg samtykker i at jeg vil delta i et intervju slik som beskrevet i forespørselen om deltakelse i intervju. Jeg er informert om at deltakelsen er frivillig. Selv om jeg nå sier ja, kan jeg når som helst trekke meg fra undersøkelsen hvis jeg ønsker det.

Dato:

Jeg er villig til å delta i studien:

-----

Navn (blokkbokstaver)

-----

Signatur

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

-----

Navn (blokkbokstaver), rolle i studien

-----

Signatur

## Vedlegg 4

### Forespørsel om deltakelse til intervju

#### *Kartlegging av dagens utskrivningsrutiner*

Dette er et spørsmål til deg som ansatt på sykehuset om å delta i et forskningsstudie for at vi skal få informasjon, innsikt i og dine erfaringer med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Hensikten med prosjektet er å kartlegge dagens utskrivningsrutiner ved sykehuset.

Vi vil foreta et intervju av deg som vil vare i omtrent en halv time. Vi vil ta opp intervjuet på IPOD, og deretter vil vi transkribere disse. Opptakene vil bli slettet etter transkripsjonen. Informasjonen som vi registrerer vil kun bli brukt for å kartlegge dagens utskrivningsrutiner. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det vil ikke bli mulig å kunne identifisere deg i resultatene av studiene når disse publiseres. Prosjektet avsluttes 1. juni 2012, og da vil alle opplysningene bli slettet.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta i studien uten å oppgi grunn. Hvis du velger å trekke deg fra studiet, vil de innhentede opplysningene bli anonymisert og slettet.

Hvis du ønsker å delta, har spørsmål eller ønsker å trekke deg fra studiet, kan du kontakte Gunn Birgitte Bue på tlf. 906 82699 eller [gunnbirgitte.bue@gmail.com](mailto:gunnbirgitte.bue@gmail.com).

Vedlagt ligger informert samtykke. Hvis du vil delta i studien er det fint om du fyller ut denne og tar den med til intervjuet.

Veileder fra Universitetet i Agder er Mariann Fossum, og hun kan kontaktes på tlf. 372 33756 eller [mariann.fossum@uia.no](mailto:mariann.fossum@uia.no).

Med vennlig hilsen

Gro Anita Fosse  
Sykepleier

Gunn Birgitte Bue  
Sykepleier



## Vedlegg 5

### Problemformuleringslogg

Dato	Problemstilling	Kommentar	Hypotese
15.07.2011	Hvilke utskrivningsrutiner har sykehuset i dag?		
11.08.2011	Hvile retningslinjer og rutiner har to avdelinger ved et sykehus ved utskrivning av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten.	Etter veiledning	
24.11.2011	Samsvarer de utarbeidede retningslinjene med det en sykepleier gjør i utskrivningen av pasienter til kommunehelsetjenesten. Hva kan konsekvensene bli hvis ikke retningslinjene blir fulgt?	Etter 2. samling	Utskrivningsrutinen varierer fra avdeling til avdeling. Retningslinjene blir ikke fulgt.
15.01.2012	En kartlegging av informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter fra sykehus.  Hvilke kritiske suksessfaktorer er nødvendig å vektlegge når man skal innføre elektronisk informasjonsutveksling?		
14.03.2012	Hvordan foregår informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning av pasienter fra sykehus.  Hvilke suksessfaktorer er nødvendig å vektlegge ved implementering av elektronisk informasjonsutveksling	Etter veiledning	

	mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester?		
09.04.2012	<p>Hvordan foregår informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning av pasienter fra sykehuset?</p> <p>Hvilke suksessfaktorer er viktig å vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester?</p>		
15.04.2012	<p>Hvordan foregår informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning av pasienter fra sykehuset?</p> <p>Hvilke suksessfaktorer er viktig å vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester?</p>		
01.05.2012	<p>Hvordan foregår informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning av pasienter fra sykehuset?</p> <p>Hvilke suksessfaktorer er det viktig for sykehuset å vektlegge ved implementering av elektroniske PLO-meldinger?</p>		

# Vedlegg 6

## INTERVJUGUIDE

### Presentasjon av oss

Vi er tre studenter på mastergradsstudiet i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Intervjuguiden er en veiledning for intervjuet som vi gjennomfører i forbindelse med datasamlingen til masteroppgaven.

### Presentasjon av prosjektet

I vårt prosjekt ønsker vi å undersøke hvilke retningslinjer/prosedyrer sykehuset har for utskrivning av ferdigbehandlet pasienter som skal overflyttes til kommunehelsetjenesten.

### Problemformulering

Hvilke retningslinjer/prosedyrer har to avdelinger ved sykehuset for utskrivning av ferdigbehandlet pasienter til kommunehelsetjenesten?

### Forespørsel om å ta opp intervjuet

Dette gjøres for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. Etter intervjuene vil intervjuene transkriberes. Opptak som blir gjort vil bli slettet når intervjuene er transkribert.

### Intervjuets varighet

Intervjuet vil vare i maksimalt 60 minutter.

### Anonymitet

Dine svar vil bli aidentifisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg som respondent i rapporten som presenterer undersøkelsen.

### Frivillighet

Deltakelsen i intervjuet er frivillig, og du har rett til å trekke deg fra intervjuet når som helst.

### Vi vil først stille noen bakgrunnsspørsmål:

- Alder?
- Kjønn?
- Stilling?
- Hvor lenge har du vært ansatt her?
- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

### Spørsmål om utskrivningsprosessen:

- Kan du fortelle om dine arbeidsoppgaver i forbindelse med utskrivningsprosessen. Start gjerne fra planlegging av hjemreise for pasienten og frem til pasienten er etablert i kommunehelsetjenesten?
- Er du kjent med hvilke retningslinjer din avdeling bruke i forbindelse med utskrivning av pasienter?
- Hvordan gjøres utskrivningen av pasient til kommunene i praksis?
- Hvilken støtte opplever du at retningslinjene gir deg i forbindelse med utskrivning av pasienter til kommunene?
- Hvordan melder dere en utskrivningsklar pasient til kommunehelsetjenesten, og når i fasen gjøres dette? (hvem, hva, hvor, telefon, faks, data)?
- Hvilke skjemaer brukes ut i forbindelse med utskrivningen?
- Hvilke skjemaer får pasienten med seg tilbake til kommunene?
- Hvilke skjema fylles ut og sendes til hvem i kommunehelsetjenesten?
- Foregår utskrivningsprosessen likt til alle kommunene, eller er den forskjellig avhengig av hvilken kommune dere skal sende pasienten til?
- Er det forskjell i utskrivningsprosessen avhengig av om det er til sykehjem eller annen boform eller om det er til hjemmetjenesten? (Hva er forskjellen?)

### **Avslutning av intervjuet:**

Har du noen kommentarer til det vi har snakket om i intervjuet? Er det noe du vil legge til?

TAKK FOR AT DU STILTE OPP TIL INTERVJU!