



Et helhetlig pasientforløp

Hvordan kan sykepleiere sikre god kvalitet på pasientforløpet
ved bruk av PLO?

Kandidatnummer: 223

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 8999

24.05.19

Sammendrag

Et av målene til samhandlingsreformen er at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne måten å kommunisere på. PLO (Pleie- og omsorgsmeldinger) er tatt i bruk for at informasjonsutveksling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal sikre god kvalitet gjennom pasientforløpet. Forskning viser at bruk av PLO-meldinger er en integrert del av arbeidsoppgavene til sykepleiere. Likevel viser forskningen at telefonen ofte er brukt som supplerende verktøy i utveksling av pasientinformasjon. Dette er en litteraturstudie som har fokus på hvordan sykepleiere kan sikre god kvalitet på pasientforløpet ved bruk av PLO-meldinger. Problemstillingen blir drøftet opp mot funn i forskningsartiklene, relevant pensumlitteratur og egne erfaringer gjennom praksisperiodene. Funn i forskningsartiklene tyder på at kommunikasjon med bruk av PLO-meldinger er blitt mer effektiv. Videre hevdes det at det er utfordringer knyttet til kvaliteten i innholdet til PLO-meldingene. Konklusjonen på oppgaven er at det trengs mer fokus på kompetanseheving for å øke kvaliteten på informasjonsutvekslingen.

Abstract

One goal of the Coordination Reform is that electronic communication should be the preferred way to communicate. The PLO (Nursing and Care messages) has been used for information exchange between hospital and municipal to ensure good quality throughout the course of care. Research shows that the use of PLO messages is a part of nurses' work tasks. Nevertheless, research shows that telephone often is used as supplement in the exchange of information. This is a literature study that focuses on how nurses can ensure good quality of the course of care by using PLO messages. The issue is discussed against results in the articles, literature and practical experiences. The research articles indicate that communication with PLO messages has become more effective. Furthermore, it is claimed that there are challenges related to the quality of the content of PLO messages. To conclude, competence raising is needed to increase the quality of the information exchange.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	II
Abstract	III
1 Innledning	1
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Problemstilling	3
1.4 Avgrensning av problemstillingen	3
1.5 Begrepsavklaring	4
1.6 Oppgavens videre oppbygning	4
2 Metode	5
2.1 Metodebeskrivelse	5
2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning	5
2.2 Søkestrategi	6
2.3 Kildekritikk	8
3 Resultat	10
3.1 Florence Nightingale	10
3.2 Samhandlingsreformen	10
3.3 Dokumentasjon av sykepleie	12
3.4 Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)	13
3.5 Sykepleierens ansvar	14
3.6 Pasientforløp	15
3.7 Etikk i sykepleien	16
3.8 Presentasjon av forskningsartiklene	17
4 Drøfting	20

4.1	<i>Kommunikasjon og samhandlingsflyt i pasientforløpet</i>	20
4.2	<i>Kvalitet på innholdet i PLO-meldinger</i>	22
4.2.1	<i>Skriftlig informasjonsutveksling</i>	22
4.2.2	<i>Muntlig informasjonsutveksling</i>	25
4.2.3	<i>Betydningen av mangelfull informasjon i pasientforløpet</i>	25
4.3	<i>Sykepleierens kompetanse</i>	26
4.3.1	<i>Nødvendig opplæring i bruk av PLO</i>	27
4.4	<i>Respekt og felles forståelse i samhandling</i>	28
5	Konklusjon	30
6	Kildeliste	31

1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema og problemstillingen. Videre vil jeg forklare hvilken relevans tema har for utførelse av sykepleie og oppgavens hensikt. På slutten av kapitlet vil jeg avgrense oppgaven og presentere de begrepsavklaringer som er nødvendig. Helt til slutt vil jeg presentere oppgavens innhold.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 samtidig som nye lover trådte i kraft.

Samhandlingsreformen fra 2012 er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge som innebar at pasienter, økonomi og oppgaver ble flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 152). Hovedintensjonen med reformen var å sikre gode og bærekraftig helse- og omsorgstjenester. Fremtidig helsetjeneste skulle fokusere på et sammenhengende pasientforløp samtidig som utgiftene i helsetjenesten måtte reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13).

Liggetiden i spesialisthelsetjenesten har blitt kortere og de som skrives ut fra sykehus er sykere og med betydeligere funksjonssvikt enn tidligere (Fjørtoft, 2016, s. 20). Eldre som utskrives har flere kroniske og sammensatte sykdommer. De har, som følge av bedre informasjonsflyt og internett, en bedre forutsetning for å innhente kunnskap og forskning om egen sykdom enn tidligere. Dette vil stille større krav til helsepersonell om å holde seg faglig oppdatert og sørge for god samhandling mellom tjenesteaktørene (Kirkevold, 2016 s. 271).

Riksrevisjonen undersøkte helseforetakene sin praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Denne slo fast at informasjonen som helseforetakene sender om utskrivningsklare pasienter, ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp (Riksrevisjon, 2017, s. 27). Ifølge rapporten om Kvalitet og pasientsikkerhet 2017, står det at samhandling og kommunikasjon ved pasientoverføring fra spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten er et gjentakende problem. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 14).

Jeg var så heldig å få samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i fokusbasert praksis siste året i sykepleieutdanningen. Praksisperioden er over åtte uker i

Bærum kommune. Hensikten er å tilegne seg kunnskaper om samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid. I løpet av åtte uker var vi innom tildelingskontoret, sykehus, rehabiliteringsteam, korttidsopphold, hjemmesykepleie og tilbake til tildelingskontoret siste uke for oppsummering. Gjennom praksisperioden har jeg fått et godt grunnlag å forstå hvordan elektroniske meldinger utformes, sendes og mottas mellom spesialisthelsetjenesten internt, og elektronisk pasientoverføringer til kommunehelsetjenesten.

Min interesse for elektronisk dokumentasjon fikk jeg gjennom de ulike praksisperiodene under studiet. Jeg opplevde ofte at sykepleierne viste usikkerhet ved dokumentasjon, både hva de skulle dokumentere, informasjonsbehov hos mottaker og tidspunkt for oversendelse av dokumenter til kommunehelsetjenesten. I tillegg ble dokumentasjon ofte utført rett før vaktskiftet med tidspress og enkelte sykepleiere virket utrygge på egen IKT (Informasjons- og kommunikasjonsteknologi) kompetanse. Ufullstendig informasjon til neste ledd i pasientforløpet kan få uheldige konsekvenser. Jeg ønsker derfor å tilegne meg mer kunnskaper om elektronisk dokumentasjon i pasientforløpet.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Florence Nightingale (1820-1910) så allerede under Krim krigen at det var behov for å dokumentere de observasjoner hun observerte hos de syke soldatene. På grunn av dokumentasjon og statistikk kunne Nightingale følge med utviklingen til pasientene og se årsakssammenheng mellom hygiene og dødsfall. På bakgrunn av dokumentasjon kunne det settes i gang tiltak slik at antall dødsfall ble redusert betraktelig (Vabo, 2018, s. 17-18). Dårlig kvalitet på dokumentasjon kan øke risiko for feilbehandling, reinnleggelser og i verste fall dødsfall. I forbindelse med et tragisk dødsfall på A-hus i mars 2017 konkluderte Helsetilsynet i sin rapport at en av årsakene var at dokumentasjon i pasientjournalen var mangelfull og som dermed førte til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp (Helsetilsynet, 2017).

Dokumentasjon av sykepleie er hjemlet i en rekke lover, forskrifter og veiledere. Dette vil jeg komme tilbake til i resultatdelen.

Hensikten med oppgaven er å belyse at dokumentasjon gjennom pasientforløpet er en viktig del av sykepleien. Gjennom praksis erfarte jeg at dokumentasjon ofte ble nedprioritert og ble fort en oppgave som ble gjort rett før vaktskiftet. Pasientjournal er et juridisk dokument som

dokumenterer blant annet hvilke observasjoner som er gjort, hvilke tiltak ble iverksatt, hva ble ikke gjort, hvem gjorde hva og når (Skaug, 2016, s. 345). Riktig pasientinformasjon er av stor betydning for å sikre forsvarlig helsehjelp, både i den akutte fasen og det videre pasientforløpet etter et sykehusopphold (Vabo, 2018, s. 112-113).

I rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) skal studentene blant annet ha kompetanse til utførelse av kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning (s. 8). IKT er ikke nevnt i rammeplanen. For å sikre god informasjonsoverføring gjennom elektronisk meldingssystem må sykepleier ha kjennskap til bruk av data og korrekt fagterminologi. Min erfaring gjennom sykepleiestudiet er at det er for lite fokus på hvordan sykepleier skal dokumentere og kommunisere kort og presist.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere sikre god kvalitet på pasientforløpet ved bruk av PLO?»

1.4 Avgrensning av problemstillingen

Problemstillingen i oppgaven er knyttet til meldingsutveksling i PLO-meldinger mellom spesialisthelsetjenesten med somatiske pasienter som overføres til kommunehelsetjenesten. Oppgaven tar derfor ikke for seg hele sykepleieprosessen i form av dokumentasjon, men vil bli nevnt i oppgaven der det er naturlig å nevne den. Pasientens sykdomsforløp, diagnose og grunnleggende behov vil heller ikke bli omtalt. Epikrise sendt av leger vil ikke bli drøftet i oppgaven. Jeg har likevel valgt å ta med funn og observasjoner knyttet til utveksling av epikriser og medisinalister der det er nødvendig. På grunn av oppgavens størrelse vil heller ikke IPLOS (Individuell pleie og omsorgsstatistikk) som kommunehelsetjenesten bruker for vurdering av pasients bistandsbehov og helsehjelp bli drøftet i oppgaven. Samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som danner grunnlag for samhandling i pasientforløpet, vil heller ikke bli diskutert og drøftet i oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

- God kvalitet: En helsetjeneste av god kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene som tilbys er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse. Tjenesten er samordnet og preget av kontinuitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 33).
- PLO (Pleie- og omsorgsmeldinger): Elektronisk samhandling ved utveksling av pasientopplysninger er et av målene til samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 35). PLO-meldinger er innført for å bedre informasjonsflyt av pasientopplysninger mellom tjenesteutøverne og omfatter standardiserte meldingstyper som benyttes ved innleggelse, utredning/behandling og ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012).
- Pasientforløp: Er en helhetlig og sammenhengende beskrivelse av pasientens møte med ulike deler av helsetjenestene i løpet av en sykdomsperiode (Kristoffersen, 2016b, s. 223).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven er videre delt inn i fire kapitler med underpunkter.

- Metode – I kapittelet beskrives metode som er brukt og beskrivelse av fremgangsmåten, etterfulgt av kildekritikk.
- Resultat – Her presenteres kapittelet innhold av valgt forskningsartikler og relevant litteratur.
- Drøfting – I dette kapittelet vil jeg drøfte teori og forskning sammen med egne erfaringer.
- Konklusjon – Konklusjon på problemstillingen.

2 Metode

I dette kapittelet presenterer jeg beskrivelse av metode og hvilken søkestrategi jeg har valgt. Videre vil jeg presentere funnene og gjennomgå kildekritikk av kildene.

2.1 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2015) er metode en planmessig fremgangsmåte for å samle inn kunnskaper og opplysninger som er nødvendig for å besvare et problem (s. 111). Videre siterer Dalland sosiolog W. Aubert: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2015, s. 110). Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på eksisterende kunnskap. Kunnskap blir analysert og drøftet opp mot problemstillingen. Med utgangspunkt i datas gyldighet og pålitelighet vil vi i konklusjonen kunne si hva vi har kommet frem til og hva vi fortsatt mangler kunnskap om (s. 228).

2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning

I boken til Dalland (2015) presenterer han forskjellene på kvalitativ og kvantitativ forskning:

- Kvalitativ forskning gir innsikt og formidler forståelsen av et fenomen. Hensikten er å beskrive meninger, erfaringer og opplevelser av fenomenet som ikke kan tallfestes. Innsamling av data skjer i kontakt med deltagerne (s. 112).
- Kvantitativ forskning gir data i form av målbare enheter og fremstilles vanligvis med tabeller og grafer. Forskningen har en større bredde og innsamling av data skjer uten at det er direkte kontakt med deltagerne (s. 112).

2.2 Søkestrategi

Ved valg av forskningsartikler er det stilt krav til artiklenes relevans for oppgaven, holdbarhet, pålitelighet og gyldighet. Forskningsartikler som er valgt er alle fagfellevurdert. Jeg har vært opptatt av å finne forskning som gjelder Norden, og i hovedsak forskning knyttet til norske forhold etter 2012 da det var året samhandlingsreformen ble innført. De ulike databasene som er benyttet er: sykepleien.no, Chinal og Medline.

I Chinal søkte jeg på søkeordene «patient discharge» og «hospitals» og kombinerte disse to med AND og fikk 1 415 treff. For å avgrense ytterligere la jeg til søkeordet «Norway» og fikk 9 treff. Jeg leste deretter overskriftene og valgte en av de ni:

- «Digitalized Discharge Planning between Hospitals and Municipal Health Care» (Gautun & Hellesø, 2018). Det er utført en kvantitativ studie der 29 316 sykepleiere på sykehus ble bedt om å svare på en spørreundersøkelse. Totalt 2 431 sykepleiere svarte på spørreskjema. Studiens hensikt var å finne ut om hvor sikker og effektiv bruk av e-meldinger var når eldre pasienter skulle overføres fra sykehus til kommunen.

I Medline brukte jeg søkeordene «Patient transfer» og «Health information exchange» og kombinerte dette med AND og fikk 8 treff. Jeg leste overskriften på alle og fant en som jeg fant relevant for oppgaven min:

- Exchange of information between hospital and home health care» (Hellesø, Melby, Brattheim & Toussaint, 2016). Dette er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av totalt 53 deltakere fra universitetssykehus. 22 deltakere ble intervjuet i 2008, 14 ble intervjuet i 2011/2012 og 17 deltakere ble intervjuet i 2014. Kriteriene for å bli intervjuet var at informantene hadde minimum seks måneders erfaring med utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten. Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan informasjonsutveksling ved utskrivelse av pasienter har endret seg mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i løpet av disse årene.

I sykepleien.no brukte jeg søkeord «samhandling» og «dokumentasjon» og fikk 100 treff. Søket ble avgrenset til forskning da det kun var dette jeg var ute etter. Jeg fikk da 34 treff. Jeg ønsket data etter at samhandlingsreformen ble innført og avgrenset med årene 2012 – 2019 og fikk 29 treff. Jeg leste overskriftene på artiklene og fant to artikler som jeg leste abstrakter på og som jeg fant relevante for oppgaven.

- «Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune». (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016). Det er benyttet kvalitativ design basert på semistrukturelle individuelle intervjuer og gruppeintervjuer hos ansatte i sykehus og hjemmesykepleien. Totalt 41 helsearbeidere fra ett universitetssykehus og tre kommuner ble intervjuet. Fra sykehuset var det 15 sykepleiere og to sosionomer. I kommunene ble det intervjuet 24 ansatte, 15 sykepleiere, 10 var sykepleiere i koordinator-bestiller-virksomhetsroller, to var IT-ansvarlige. Intervjuene ble gjennomført i begynnelsen av 2014. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger.
- «Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingperspektiv». (Naustdal & Nettelund, 2012). Metoden er basert på et kvalitativt design med individuelle intervjuer av sykepleiere og avdelingssykepleiere. Totalt var det 14 informanter fra samme kommune. 10 sykepleiere var fra to sykehus og fra kommunehelsetjenesten var det to avdelingssykepleiere og to sykepleiere. I forskningen undersøkes sykepleierens dokumentasjonspraksis i elektronisk pasientjournal og utfordringen med samhandling mellom forvaltningsnivåene.

I sykepleien.no søkte jeg videre med søkeord «samhandling» og «hjemmesykepleie» og fikk 63 treff. Jeg avgrenset søket til forskning og fikk 16 treff, videre avgrenset jeg søket fra 2012 og fikk 12 treff. Jeg leste overskriftene på artiklene og fant en artikkel som jeg leste sammendrag på og som jeg fant relevante for oppgaven.

- «Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten». (Tønnesen, Kassah & Tingvoll, 2016). I studien er det brukt en kvalitativ studie med individuelle dybdeintervjuer av syv sykepleiere i hjemmesykepleien. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes opplevelse av samhandling ved pasientoverføring fra sykehus.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2015) skriver at ved henvisning til faglitteratur skal en vurdere og karakterisere den litteraturen som en benytter i oppgaven. Videre skriver han at det er viktig å stille seg kritisk til kildene som brukes. Kildene skal vurderes i henhold til gyldighet, holdbarhet og relevans (s. 67 og 74).

To av artiklene jeg har valgt er på engelsk. Jeg har oversatt disse til norsk og jeg kan ha oversatt teksten feil eller tolket innholdet annerledes enn det forfatteren hadde tenkt.

- Digitalized Discharge Planning between Hospitals and Municipal Health Care (Gautun & Hellesø, 2018). Svakheten med kvantitativ forskning er at den gir lite dybde da distansen mellom forsker og deltakerne i undersøkelsen er stor. Kriteriene for utvalg av deltakerne er gjort på et overordnet nivå og det går ikke frem i artikkelen om de spurte har erfaring med bruk av elektronisk pasientoverføring. Artikkelen anser jeg som relevant da undersøkelsen er knyttet til tema i oppgaven min og artikkelen er av nyere dato.
- Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective (2016). Svakheten med studien er at den har relativt få deltakere gjennom tre intervjuperioder over seks år. Det oppgis ikke i oppgaven om det er samme informantgruppe gjennom årene. Artikkelen gir likevel et bilde på hvordan utviklingen har vært på innføring av elektronisk meldingsutveksling sett opp mot nyere forskning.
- «Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune». (Brattheim et al., 2016). Studien er gjennomført i et lite begrenset geografisk område som er for lite til å trekke generelle konklusjoner om sykepleierens bruk av PLO-meldinger.
- «Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingperspektiv». (Naustdal & Nettelund, 2012). Studiens svakhet er at intervjuene er gjennomført høsten 2010 som er før samhandlingsreformen trådte i kraft. Studien er allikevel valgt fordi jeg mener den får frem de utfordringen som er knyttet til informasjonsoverføring og som nyere forskning fortsatt konkluderer med.

- «Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten». (Tønnesen et al., 2016). Studiens svakheter er at det er få informanter. Videre svekkes studien med at snøballmetoden er benyttet for å finne informanter via sosiale medier. Studien intervjuer ansatte i kommunen og deres meninger og holdninger blir ikke sett opp mot hvordan sykepleier i spesialisthelsetjenesten ser på pasientoverføringen til kommunen.

Jeg har anvendt pensumlitteratur i min oppgave. Litteraturen er gjennomgått og godkjent av skolens ansatte og jeg anser det som sikre kilder. I tillegg har jeg benyttet Nightingale, F. *Notater om Sykepleie*. Boken er lånt på skolens bibliotek og jeg anser den som kvalitetssikret

3 Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori som vil ligge til grunn for drøftingen av problemstillingen i oppgaven. Jeg vil presentere kort min tolkning av hva sykepleieteoretiker Florence Nightingale sier om dokumentasjon. Videre vil jeg presenterer samhandlingsreformen, dokumentasjon, sykepleierens ansvar og pasientforløpet, der krav til dokumentasjon, kvalitet og kompetanse vektlegges. Jeg vil videre si litt om etikk før jeg til slutt presenterer forskningsartiklene som vil bli brukt i drøftingen.

3.1 Florence Nightingale

Nightingale (1997) trekker frem eksempler på manglende administrasjon. Hun presiserer viktigheten av at sykepleieren forstår sine ansvarsområder utover pasienten. Det er en selvfølge at sykepleieren ikke kan være med sin pasient kontinuerlig, nettopp derfor må ansvar delegeres slik at pasienten ikke opplever unødige påkjenninger. En som virkelig kan administrere reduserer pasientens uro og bekymringer. Av den grunn mente Nightingale at sykepleier bør ha rutiner som i seg selv muliggjør å utøve sykepleie. Nightingale mente videre at vi må sørge for at det alltid er noen som tar over arbeidet når vi selv ikke er der (Nightingale, 1997, s. 73-77).

3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» er en reform som ble innført i januar 2012. Reformen innebar at ansvaret for utskrivningsklare pasienter, økonomi og oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 152). Pasientperspektivet ble fremhevet der man ønsket at pasienter skulle få et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 51). I samhandlingsreformen pekte regjeringen på tre hovedutfordringer innen helse- og omsorgssektoren som Norge står ovenfor. En av hovedutfordringen som er relevant for min oppgave er:

«Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2008, 3.2.1, s. 21).

Helsetjenestene i Norge har vært fragmenterte og ukoordinerte, med få systemer som i liten grad ivaretok pasientens samlede behov. Samhandlingsreformen har som mål at tjenester som leveres i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal inngå i en helhetlig oppfyllelse av den enkelte pasients behov og sikre flyt i pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 22). Orvik (2015) skriver at hensikten med samhandling, i klinisk sammenheng, er å sikre flyt i arbeidsprosesser, som skal sørge for at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helhet i de tjenester og tiltak som tilbys. For at samhandling skal være best mulig må forholdet blant enkeltpersoner basere seg på gjensidig tillit, ansvar og likeverd. Fravær av samhandling kan medføre fragmenterte pasientforløp med svekket kontinuitet i pasientforløpet (Orvik, 2015, s. 210-211).

For å styrke gjennomføringen av samhandling mellom tjenesteutøvere er det formalisert og tydeliggjort flere tiltak i reformen, bl.a. gjennom lovverk for helse- og omsorgstjenester der kommunene plikter å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket og om nødvendig med andre kommuner (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, kap. 6). Gjennom lovverk ble kommuner og sykehus pliktig til å samhandle for å sikre god kvalitet på pasientforløpet. I samhandlingsreformen er mer behandling og ansvar gitt til kommunene og pasienter innlagt på sykehus skal komme raskere tilbake til hjemkommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 26). Kommunene har fått et finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter som gjør at kommunene plikter å betale for de pasienter som meldes ferdigbehandlet og utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, 2011). Innføring av kommunalt finansieringsansvar har medført at antall liggedøgn på sykehusene har blitt redusert (Tønnesen et al., 2016, s. 18).

Andre tiltak fra regjeringen er utvikling av IKT-systemer for å effektivisere og bedre kvaliteten på pasientbehandling og pleien. Målsetningen er at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne måten å kommunisere på. Kompetansen til helsepersonell i alle deler av tjenesten skal økes og intensjonen med samhandlingsreformen skal sikre samhandling mellom alle tjenesteutøvelser i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 35-37).

3.3 Dokumentasjon av sykepleie

Hensikten med all dokumentasjon av sykepleie er å ivareta pasientens sikkerhet, forsvarlighet, kontinuitet og kvalitet på sykepleie. Dokumentasjon av sykepleie skal være et kommunikasjonsmiddel og et bindeledd mellom de som yter helsehjelp og pasienter (Molven, 2016, s. 185). Sykepleiere som utfører helsehjelp er pålagt å dokumentere all sykepleie, jf. helsepersonelloven § 39. Sykepleierens vurderinger og handlinger skal synliggjøres gjennom dokumentasjon. Dokumentasjon skal inneholde de relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i forbindelse med helsehjelpen (Molven, 2016, s. 186). Informasjon om pasienten som er dokumentert vil bli lagret i en elektronisk pasientjournal (EPJ). Pasientjournalen inneholder de opplysninger som er dokumentert og registrert om pasienten i forbindelse med mottatt helsehjelp. I helsepersonelloven (1999) § 40 står det at journalen skal inneholde:

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

Samhandlingsreformen har som mål at tjenester som leveres i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal inngå i en helhetlig oppfyllelse av den enkelte pasients behov og sikre flyt i pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 14-15). Vabo (2018) skriver at for å sikre flyt i pasientforløpet må dokumentasjon som følger pasienten ha nødvendig og tilstrekkelig informasjon. Det er den som til enhver tid har ansvar for pasienten som skal sørge for at dokumentasjon er oppdatert og følger pasienten fra sykehusinnleggelse til overføring internt på sykehus eller overføres til kommunehelsetjenesten, eller motsatt forløp (Vabo, 2018, s. 198).

I følge Vabo (2018) skal behovene for sykepleie kartlegges når pasienten blir innlagt i spesialisthelsetjenesten og/eller når pasienten har fått et fattet vedtak i kommunehelsetjenesten (33-34). Denne kartleggingen danner grunnlag for pasientens behov for sykepleie. Videre settes det mål for sykepleien for å avgjøre riktig tiltak som er nødvendig. Når tiltakene utføres er det viktig å vurdere og evaluere om tiltakene har effekt. Denne prosessen kalles sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen danner grunnlag for dokumentasjon i overføring av pasienter til neste ledd i pasientforløpet (Vabo, 2018, s. 85-86).

3.4 Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)

Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) er standardiserte elektroniske meldinger som i dag brukes i samhandling mellom aktørene ved overføring av pasientansvar. PLO-meldinger blir brukt for pasienter som har kommunale tjenester og pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten som kanskje vil ha behov for kommunale tjenester ved utskrivelse fra sykehus (Helsedirektoratet, 2012). Dokumentasjon av sykepleieprosessen vil legge grunnlaget for sykepleiernes bruk av PLO-meldinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Fullstendig dokumentasjon av helsehjelpen er fullstendig når riktig innhold fra pasientens tiltaksplan er inkludert i PLO-meldingene (Vabo, 2018, s. 112-113).

Helsedirektoratet (2012) har utarbeidet retningslinjer for bruk av PLO-meldinger. Der står det at helsepersonell som skal samhandle elektronisk har et ansvar for å sikre korrekt bruk av meldingstyper, riktig mottaker får informasjon og at det faglige innholdet er av god kvalitet. Meldingene blir også automatisk lagret i pasienten sin elektroniske journal. Videre står det at helsepersonell må få opplæring med bruk av PLO-meldinger, kjenne til konsekvenser av de feil som kan oppstå i meldingene og ha kjennskap til rutiner for avvikshåndtering (Helsedirektoratet, 2012, s. 7).

PLO-meldinger som blir brukt:

- Melding om innlagt pasient – varsel om innlagt pasient sendes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten om innlagt pasient. Minimum innhold er dato og tidspunkt for innleggelse.
- Innleggingsrapport – sendes fra kommunehelsetjenesten og skal ha obligatorisk innhold som; medisinske opplysninger, legemiddelopplysninger, tjenester som ytes, pasientens funksjonsnivå og viktige opplysninger (eks. allergier etc.).
- Helseopplysninger – Spesialisthelsetjenesten skal sende helseopplysninger om innlagt pasient til kommunehelsetjenesten innen 24 timer etter at pasienten er innlagt på sykehus, eller så snart det er klart at pasienten trenger kommunal bistand etter utskrivning. Minimumskrav i helseopplysninger er: pasienten sin status, kontaktopplysninger, antatt forløp og antatt utskrivningsdato. Spesialisthelsetjenesten skal fortløpende oppdatere kommunehelsetjenesten med nye opplysninger, inkludert funksjonsvurdering når det er behov for det.

- Melding om utskrivningsklar pasient – sendes fra spesialisthelsetjenesten og minimum innhold i melding er å oppgi utskrivningsklar dato og ansvarlig lege.
- Utskrivningsrapport – obligatorisk fra spesialisthelsetjenesten er medisinske opplysninger, sykepleieopplysninger, oppfølgingsbehov, viktige opplysninger som f.eks. smitte. Det er kun relevant informasjon om pasienten som skal inkluderes.
- Melding om utskreven pasient – standard melding fra spesialisthelsetjenesten som sendes dagen pasienten skrives ut. Etter dette stenger kommunikasjonskanalen for videre meldingsflyt.
- Epikrise – sendes med pasienten fra legen i spesialisthelsetjenesten og skal inneholde nødvendige helseopplysninger som sikrer forsvarlig helsehjelp i kommunen. Er ikke standard vedlegg i PLO-meldinger.

(Helsedirektoratet, 2012).

3.5 Sykepleierens ansvar

I boken skriver Kristoffersen (2016b) at sykepleieren skal ivareta et helhetssyn på pasientens situasjon og skal koordinere tjenester knyttet til rehabilitering, pleie og omsorg, både i og utenfor institusjon. Ved innføring av samhandlingsreformen blir pasienter skrevet ut raskere fra sykehus og i mange tilfeller vil avansert sykepleie være nødvendig i kommunen. Dette stiller større krav til sykepleierens kompetanse. Samhandlingsreformen har gitt kommunene mer ansvar for rehabilitering av pasienter. Målet med rehabilitering er at pasienten skal kunne mestre hverdagen sin slik at de kan delta aktivt sosialt og i samfunnet (Kristoffersen, 2016b, s. 212).

Sykepleiere har et faglig lederansvar knyttet til sin utøvelse av yrket, de har i tillegg et juridisk ansvar knyttet til lovgivningen. I rammeplanen for sykepleiestudenter skal de etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å lede og administrere utøvelsen ovenfor pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, både tverrfaglig og tverretatlig. De skal også ha handlingskompetanse til å utføre dokumentasjon av pleie og omsorg til pasienter (Kunnskapsdepartementet 2008, s. 6-7).

Skaug (2016) refererer til Hoffman (2009) sine funn at de nyutdannede sykepleiere, sammenlignet med erfarne sykepleiere, ikke hadde samme grunnlag ved innhenting og vurdering av relevant data om pasientene. Ved dokumentasjon kreves det at sykepleiere tolker data og setter sammen dette på en forsvarlig måte (Skaug, 2016, s. 353-354). Kristoffersen (2016a) refererer til Benner (1984) og Benner m.fl. (2009) sin trinnvise utvikling av sykepleieres erfaring. Som uerfaren i sykepleierfaget har en liten evne til å individualisere og nyansere utførelse av sine arbeidsoppgaver. Videre mangler de uerfarne evnen til å prioritere arbeidsoppgaver. Nyutdannede sykepleiere innehar ikke handlingskompetanse før etter to til tre år (Kristoffersen, 2016a, s. 163-164). Ny forskrift om nasjonal rammeavtale for sykepleierutdanningen, som trer i kraft fra studieåret 2020/21, tydeliggjør at sykepleiestudentene blant annet skal inneha kompetanse om kommunikasjon, samhandling, teknologi og digital kompetanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019).

De helsepolitiske mål er at sykepleiere skal kunne samarbeide både tverrprofesjonelt og tverretattlig. Ifølge Orvik (2015) kan samarbeid bidra til å styrke samhandlingen mellom helsepersonell. En positiv vilje og innstilling til samarbeid vil bedre samhandlingen i utskrivelsesprosessen som vil sikre god kvalitet i en kritisk fase av pasientforløpet (s. 213). Vabo (2018) skriver at selv om det foreligger politiske føringer og endringer, må sykepleiere ta et personlig ansvar for å holde seg oppdatert på den kunnskapen som trengs for å møte dagens arbeidskrav (s. 195).

3.6 Pasientforløp

Bakgrunn for samhandlingsreformen var å gi et helhetlig og sammenhengende pasientforløp. Pasientforløp er den helhetlig og sammenhengende beskrivende kontakt pasienten har med de deler av helsetjenesten som er nødvendig for å dekke behandlingsforløpet til pasienten. Helsetjenestene som ytes til pasientene skal gis i en planlagt og uavbrutt behandlingsskjede på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenestene (Kristoffersen, 2016b, s. 223-224). Behandlingslinje er en beskrivelse av det forventede pasientforløpet og skal sikre helhet i behandlingen fra pasientens ståsted. En elektronisk behandlingslinje inkluderer oppslagsbøker, prosedyrer, nasjonale retningslinjer og elektronisk pasientjournal. Det er utarbeidet behandlingslinjer for en rekke ulike pasientgrupper og diagnoser. Felles for alle er

at dette danner grunnlag for å øke tjenestens kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpet. I tillegg bidrar utarbeidelse av behandlingslinjer bedre brukermedvirkning som sikrer bedre informasjon og strømlinjeformede prosesser for pasienten (Kristoffersen, 2016b, s. 223-224). Vabo (2018) skriver at helsepersonell skal gi helsehjelp med god kvalitet. For å sikre god kvalitet i helsehjelp er dokumentasjon på det som er utført av avgjørende betydning. Vabo skriver videre at den som har ansvar for pasienten har til enhver tid ansvar for å dokumentere helsehjelpen slik at de som overtar ansvaret for pasienten i neste ledd har tilstrekkelig informasjon for å videreføre planlagt helsehjelp. Dokumentasjon i pasientforløpet skal følge pasienten, både internt på sykehuset og ved overføring til kommunehelsetjenesten, eller motsatt vei. (Vabo, 2018, s. 198).

3.7 Etikk i sykepleien

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet av Norsk sykepleieforbund (NSF), som beskriver hvilken profesjonsetikk sykepleierne skal strekke seg etter. Retningslinjene bygger på grunnleggende verdier og et helhetlig menneskesyn som skal bidra til god kvalitet i sykepleien. Sykepleiere plikter å holde seg faglig oppdatert i utøvelse av sykepleie og søke ny kunnskap der det er nødvendig (NSF, 2011).

I punkt 4.1 står det «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.» (NSF, 2011, s. 9). Når sykepleierne dokumenterer pasientforløpet er det viktig at det foreligger forståelse for hvilket informasjonsbehov neste tjenesteutøver har for å sikre god kvalitet videre i pasientforløpet. Samhandling krever at samarbeidspartnere har respekt og tillit til hverandre. Tjenestene som ytes må være faglig forsvarlig og utføres med best mulig praksis (Fjørtoft, 2016, s. 194).

I tillegg til at sykepleiere skal arbeide etter de yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere også et selvstendig ansvar for å følge juridiske lover og forskrifter. Etikken setter normer og prinsipper for å bidra til at kloke valg gjøres innenfor de rettslige rammene (Molven, 2016, s. 78).

3.8 Presentasjon av forskningsartiklene

Gautun & Hellesø (2018) har gjort en kvantitativ studie der sykepleiere på sykehus i hele Norge er bedt om å svare på spørreskjema om hvor trygg og effektiv bruk av e-meldinger er i overføringer av eldre pasienter til kommunen. Hovedfunnene var at sykepleierne svarte at den vanligste måten å kommunisere på med kommunen var gjennom e-meldinger. 81 % av de spurte svarte at de daglig eller ukentlig brukte e-meldinger med kommunen. Videre mente hoveddelen av de spurte at dette var en effektiv måte å kommunisere på, mens 65 % mente at det ga bedre pasientsikkerhet i overføring av eldre pasienter. Bare 35 % av de spurte brukte vanligvis telefon som et supplement til e-meldinger, mens resten svarte at dette var unntaksvis. Sykepleierne på sykehus opplevde sjeldent at noen fra kommunen kom på kartleggingsbesøk til pasienten på sykehus. Et samlet funn var at over halvparten (52 %) av sykepleierne var fornøyde med samarbeidet med kommunene, mens 40 % kun var delvis enig. Halvparten ønsket mer kontakt og samarbeid ved overføring av pasienter. Konklusjon på studien er at bruk av e-meldinger i pasientoverføring både er trygt og effektivt. Bruk av telefon ble ansett som et nødvendig supplement for å sikre tilstrekkelig informasjon (Gautun & Hellesø, 2018).

I «Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective» skrevet av Hellesø et al. (2016) er hensikten gjennom tre studier å se hvordan informasjonsutvikling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har endret seg over seks år (2008 – 2011/12 – 2014). I studien opplevde sykepleierne at informasjonsutveksling, fra å være manuelt papir arbeid til digitalisering, hadde gjort arbeidsdagen mer effektivt. På tross av digitalisering så var telefonen fortsatt et viktig arbeidsverktøy. Fra å ikke motta informasjon om innlagt pasient i 2008 til å ha digitaliserte rutiner i 2014 om å motta informasjon, viste studien at det fortsatt var mangler og svakheter ved informasjonen som ble sendt dersom rutineene ikke ble fulgt. Gjennom de tre studiene som ble utført viste det seg at det fortsatt mangler kunnskap til hva neste ledd i pasientforløpet trenger av pasientinformasjon. Studien konkluderer med at innføring av elektronisk dokumentasjonsutveksling fører til at sykepleierne blir mer bevist i forhold til hva de skal informere om. Det konkluderes videre med at det fortsatt er utfordringer knyttet til elektronisk meldingsutveksling (Hellesø et al., 2016).

Studien skrevet av Brattheim et al. (2016) utforsker sykepleierens erfaringer med PLO-meldinger når pasienter utskrives fra sykehus til den kommunale hjemmesykepleien. Et av hovedfunnene var at sykepleierne var fornøyd med bruk av PLO-meldinger som kommunikasjonsverktøy i utskrivelsesprosessen. Sykepleierne mente at kommunikasjonen var blitt mer effektiv etter innføring av elektronisk meldingsutveksling. PLO-meldingene bidro til tettere samhandling på tvers av tjenesteutøverne. Likevel mente sykepleierne i spesialisthelsetjenesten at innleggelsesrapporten fra kommunehelsetjenesten ofte var mangelfull i form av medisinske opplysninger og pasientens helsetilstand. Motsatt vei mente sykepleierne i kommunehelsetjenesten at helseopplysning som ble oversendt til dem var av varierende kvalitet og ofte uoversiktlig på grunn av mengden med meldinger. Bruk av fritekst i meldingene og forskjellig opplæring i bruk av PLO-meldinger førte til individuelle forskjeller på hva som ble vektlagt som relevant pasientinformasjon til neste ledd. Studien viser at sykepleiefaglig informasjon ikke alltid var tilstrekkelig. Sykepleierne hadde en mal som de benyttet ved utfyllelse, men at flere punkter overlappet hverandre. Kommunen på sin side brukte de mottatte opplysningene til å planlegge hjemkomst til pasienten. Oppdaterte helseopplysninger som ble sendt underveis i sykehusoppholdet var godt innarbeidet både hos sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Likevel opplevde sykepleierne i hjemmesykepleien ofte at oppdateringene ikke var tilstrekkelig og måtte da innhente supplerende opplysninger via dialogmeldinger, telefon og enkelte ganger vurderingsbesøk på sykehuset. Spesielt ved hastetilfeller og i vaktskift ble telefonen benyttet. Melding om utskrivningsklar pasient kom ofte for sent og det kunne oppleves avvik i legemiddellisten til pasienten som kom hjem (Brattheim et al., 2016).

I studien til Naustdal & Netteland (2012) er hensikten å utforske hvordan sykepleierne på tvers av forvaltningsnivå dokumenterer pasientens behov for pleie og behandling og om nødvendig pasientinformasjon oppfylles gjennom elektronisk samhandling. Studien viser at det kunne ta tid mellom utført pleie og dokumentasjon. Sykepleierne i hjemmesykepleien kunne dokumentere etter å ha besøkt 15 pasienter, mens sykepleierne ansatt på sykehus ofte gjorde dette like før vaktskiftet. Behandlingsplanen var ofte ikke brukt og oppgaver relatert til pasienten kunne bli glemt. Resultatet i studien viser at sykepleiedokumentasjon og PLO-meldinger ofte hadde for lav kvalitet. Informantene i studien ga uttrykk for at de var mer fornøyd med den informasjon de sendte enn den de mottok (Naustdal & Netteland, 2012).

Studien til Tønnesen et al. (2016) tar for seg hvordan hjemmesykepleien opplever samhandlingen med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av pasienter fra sykehus. Studien viser at samarbeid mellom aktørene ikke er systematisk nok og er mangelfull når det gjelder pasienters hjelpebehov og funksjonsnivå. Funnene i studien viser at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt. Hjemmesykepleien opplever begrenset samhandling og informasjonsflyt når det gjelder andre pasienter som utskrives fra sykehus. Hjemmesykepleierne i studien fremhevet at det var ulike perspektiver på hva de og sykehuset vektla av relevant informasjon. Sykepleierne i spesialisthelsetjenesten var opptatt av medisinsk behandling av pasientens sykdom, mens hjemmesykepleierne var mer fokusert på pasientens funksjonsnivå og situasjon hjemme. Epikrise med legemiddelliste kunne ofte komme for sent i pasientoverføringen, noe som bidro til kvalitetsbrudd i pasientforløpet. Det begrensede samarbeidet om pasientopplysninger gjorde at sykepleierne i studien ofte måtte dobbeltsjekke den mangelfulle informasjonen, noe som førte til flere telefonsamtaler, ekstraarbeid og økt stress. Studien viser at samarbeidspartnerne har ulike perspektiver på samhandling og at det mangler en felles forståelse for hva samhandling innebærer. Informantene i studien fremhevet også at god pasientflyt er avgjørende for å gi gode tjenester (Tønnesen et al., 2016).

Jeg har valgt å benytte meg av St. melding nr. 47, samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge fra 2012 og som innebar at ansvaret for utskrivningsklare pasienter, økonomi og oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I tillegg har jeg valgt å ta med Riksrevisjonens rapport om Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten fra 2017. Den har som mål og kartlegge om pasienter som blir skrevet ut er sikret et helhetlig og koordinert pasientforløp. Jeg har også benyttet meg av St. melding nr. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Rapporten er en oppsummering om status på kvalitet og pasientsikkerhet i et samlet helsevesen og tar for seg relevante punkter i forhold til valgt tema i oppgaven.

4 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen min: «Hvordan kan sykepleiere sikre god kvalitet på pasientforløpet ved bruk av PLO?».

Problemstillingen vil bli drøftet på bakgrunn av forskning og litteratur som ble presentert i foregående kapittel. I drøftingen vil jeg trekke inn egne erfaringer fra praksis gjennom studieårene.

4.1 Kommunikasjon og samhandlingsflyt i pasientforløpet

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen er å sikre gode og bærekraftig helse- og omsorgstjenester. Fremtidig helsetjeneste skulle fokusere på et sammenhengende pasientforløp som ville medføre økt behov for samhandling mellom tjenesteyterne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13). I følge Orvik (2015) kan fravær av samhandling mellom tjenesteutøverne medføre fragmenterte pasientforløp og hindre flyt i arbeidsprosessene som skal sørge for at pasientene opplever helhet i de tjenestene og tiltak som tilbys. Forholdene til tjenesteutøverne må baseres på tillitt og likeverd (s. 210-211).

I følge Vabo (2018, s. 198) er det den som har ansvaret for pasienten som skal dokumentere helsehjelpen. Slik at de som har ansvaret for pasienten i neste ledd har tilstrekkelig informasjon for å videreføre de tiltak som er nødvendig. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten mener jeg derfor har ansvar for å sørge for at kommunehelsetjenesten mottar nødvendig informasjon om pasienten. Ufullstendig informasjon tenker jeg er en medvirkende årsak til at samhandling blir vanskelig. Riksrevisjon (2017) forutsetter at spesialisthelsetjenesten i sin dokumentasjon ved pasientoverføringer følger de lover og forskrifter som er gjeldende. Likevel viser undersøkelsen at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert (s. 27). I følge deltakerne i studien til Tønnesen et al. (2016) har sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten ulike perspektiver på hva som er viktig informasjon. Eksempel fra sykepleierne i kommunehelsetjenesten er at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten har et mer medisinsk perspektiv mens de selv har mer fokus på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon (Tønnesen et al., 2016, s. 20). For at samhandling skal være mulig, må partene ha en felles forståelse for hva som kreves av informasjon (Orvik, 2015, s. 210).

Hovedfunnet i studien til Gautun & Hellesø (2018) viste at 81 % av de spurte sykepleierne svarte at den vanligste måten å kommunisere med kommunen på var gjennom bruk av PLO-meldinger. Videre mente hoveddelen av de spurte at dette var en effektiv måte å kommunisere på. 65 % mente at det ga bedre pasientsikkerhet i overføring av pasienter (Gautun & Hellesø, 2018, s. 218-219). Tilsvarende funn er det i studien til Brattheim et al. (2016, s. 31), som viser at sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten oppgir at systemene bidrar til at kommunikasjonen er blitt mer effektiv og i tillegg tidsbesparende etter innføring av PLO-meldinger. Et av målene til samhandlingsreformen er at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne kommunikasjonen mellom overføring av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 35). I følge forskning til Hellesø et al. (2016, s. 351-352) kan det tyde på at det går riktig vei. For øvrig tyder det på i flere studier at det fortsatt er utfordringer knyttet til kommunikasjonsflyten. PLO-meldinger viser seg ofte være mangelfull og blir ikke sendt slik de skal, noe som fører til merarbeid for sykepleiere (Brattheim et al., 2016, s. 31; Hellesø et al., 2016, s. 352; Tønnesen et al., 2016, s. 21). Dette kan tenkes være en grunn for at PLO-meldinger alene ikke er optimale som eneste kommunikasjonsmiddel mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Artiklene jeg bruker i denne litteraturstudien tyder på at telefonen fremdeles blir brukt i kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Brattheim et al., 2016, s. 31; Gautun & Hellesø, 2018, s. 219; Hellesø et al., 2016, s.352; Tønnesen et al., 2016, s. 21). I praksis erfarte jeg at sykepleiere også hadde behov for å overføre uformell informasjon som ikke egnet seg i den skriftlige informasjonsutvekslingen. Det kunne være beskrivelse av pasientens personlighet og oppførsel. Jeg overhørte ved flere anledninger at sykepleierne kommenterte eksempelvis; «hun er ofte mye blidere og vil dusje hvis du gjør sånn og sånn» eller «pasienten er dement, ikke spør om ting, bare å utføre oppgaven». Som nevnt, så viser flere studier at telefonen blir regelmessig brukt i tillegg til PLO-meldinger. Det kan derfor se ut til at det fremover fortsatt vil være en utfordring å få til at PLO-meldinger skal være den eneste måten å kommunisere på ved overflytting av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

4.2 Kvalitet på innholdet i PLO-meldinger

Riksrevisjonens undersøkelse i 2017 viste funn av informasjonsmangler fra spesialisthelsetjenesten ved pasientoverføring til kommunehelsetjenesten. Rapporten slår fast at manglende kvalitet i informasjonsutvekslingen ikke sikrer et tilfredsstillende pasientforløp (Riksrevisjon, 2017, s. 26). Dette bekreftes også av rapporten om kvalitet og pasientsikkerhet fra 2017. Hensikten med dokumentasjon av sykepleie er ifølge Molven (2016, s. 185) blant annet å ivareta kvalitet og kontinuitet på sykepleie. Det kan tyde på at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten utfører ufullstendig dokumentasjon når sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever manglende pasientinformasjon i PLO-meldinger. Forskningen til Naustedal & Netteland (2012, s. 276) viser at sykepleiere opplever føring av dokumentasjon som problematisk og at det ofte blir ustrukturert dokumentasjon.

4.2.1 Skriftlig informasjonsutveksling

I følge flere studier er innholdet i PLO-meldingene fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten av ulik kvalitet. Undersøkelsen til Hellesø et al. (2016, s. 219) viser at det er blitt økt fokus på kvaliteten på innholdet i PLO-meldinger. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten er i hovedsak tilfredse med informasjonen som kommer fra spesialisthelsetjenesten. Studien til Brattheim et al. (2016, s. 31) viser at det likevel er utfordringer knyttet til kvaliteten på innholdet i meldingene. Det samme ser vi i rapporten til Riksrevisjon (2017). Kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter er ikke god nok. Det er feil og mangler i både epikriser, medisinalister og vurdering av pasienters funksjonsnivå (Riksrevisjon, 2017, s. 27). Jeg opplevde i hjemmesykepleiepraksis at vi brukte uforholdsmessig lang tid på å «nøste» opp relevant pasientinformasjon fra PLO-meldingen. Oppdaterte helseopplysninger var ofte klipp og lim fra tidligere meldinger, som førte til mye repetisjon i meldingene. I tillegg ble unødvendig informasjon inkludert i helseopplysninger. En årsak til dette kan være manglende kunnskaper hos sykepleier i spesialisthelsetjenesten om hvilken informasjon som anses som tilstrekkelige for at kommunehelsetjenesten kan iverksette tiltak for pasienten. En annen forklaring kan være mangel på forståelse på bruk av PLO-meldinger. Nightingale presiserte allerede under Krim krigen at dokumentasjon var grunnleggende viktig for å sette i gang tiltak til pasientene (Vabo, 2018, s. 17-18). Samtidig

mente hun at det var viktig å ha rutiner som gjør det mulig å utøve sykepleie (Nightingale, 1997, s. 31-32).

Sykepleierne fra spesialisthelsetjenesten mener i studien til Brattheim et al. (2016, s. 29) at innleggelsesrapporter fra kommunehelsetjenesten kunne mangle viktig pasientinformasjon og innholdet kunne være tilfeldig. Det samme viser rapport fra Riksrevisjon (2017). Informasjon fra kommunehelsetjenesten var ofte mangelfull, noe som vanskeliggjør spesialisthelsetjenesten sine oppgaver (Riksrevisjon, 2017, s. 27). Innleggelsesrapport skal sendes fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten når kommunen har mottatt melding om innlagt pasient (Helsedirektoratet, 2012, s. 27). Min erfaring fra praksis på medisinsk avdeling var at melding om innlagt pasient ofte ble sendt for sent til kommunehelsetjenesten. En av årsakene var at sykepleierne var usikker på om pasienten hadde tjenester fra før i kommunen og at det tok tid å få sjekket dette opp med eventuelle pårørende. På den andre siden opplevde jeg under praksis i hjemmesykepleien å måtte tilkalle ambulanse til pasienten. Da tenker jeg at kommunehelsetjenesten allerede vet at pasienten blir lagt inn og at innleggingsrapport kan sendes umiddelbart fra kommunehelsetjenesten, uten å vente på «melding om innlagt pasient» fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil spare tid for begge parter og spesialisthelsetjenesten vil ha de nødvendige opplysninger, bl.a. om pasientens funksjonsnivå og medisinske opplysninger, som er nødvendig for å sikre god kvalitet på pleie og behandling. Undersøkelsen til Brattheim et al. (2016, s. 31-32) viser at sykepleiefaglig informasjon i liten grad blir formidlet slik den skal.

Helsedirektoratet har laget en veileder for bruk av PLO-meldinger. De forskjellige PLO-meldingene har standard innholdselementer med muligheter for fritekst områder. Elektronisk samhandling mellom helsepersonell krever korrekt bruk av meldingstyper og at det faglige innholdet er av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 7). Undersøkelsen til Brattheim et al. (2016) viser at sykepleierne opplevde bruken av fritekst i PLO-meldingene som utfordrende. Det ble rapportert om individuelle forskjeller i utfylling av PLO-meldinger. Dette på tross av at mye av informasjonen var klipp og lim fra tidligere dokumentasjon. Fritekst område muliggjør egen formulering og tekstinnhold. Dette gjorde at kommunehelsetjenesten kunne motta ufullstendig dokumentasjon av både pasientens funksjonsevne og nødvendig helsehjelp pasienten trengte (Brattheim et al. 2016, s. 31-32).

For å sikre god kvalitet og helhetstenkning i informasjon som blir overført, opplever jeg at det er behov for at sykepleiere får en felles fagterminologi som skal benyttes i PLO-meldinger. I

tillegg bør en se på muligheten for å standardisere PLO-meldingene ytterligere for å unngå individuelle forskjeller. Dette forsterkes i undersøkelsen til Naustedal & Netteland (2012, s. 275) der sykepleierne ga uttrykk for at de var mest fornøyd med den informasjonen de selv sendte. Dette mener jeg kan tyde på at det er lite helhetstenkning når dokumentasjon skrives og informasjon utveksles. Helhetstenking var et av hovedargumentet for å innføre elektronisk kommunikasjon mellom de ulike tjenestenivåene. Bakgrunnen for innføring av elektronisk meldingsutveksling er at det skal bidra til effektiv samhandling og bedre kvalitet i pasientforløpet ved overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 35).

I studien til Brattheim et al. (2016, s. 31) viser at fritekst område og manglende standarder i meldingene gir rom for variert innhold. Som nevnt tidligere er det retningslinjer for hvilke innhold de ulike PLO-meldingene skal inneholde. Meldinger med obligatorisk innhold har fritekst område og kun relevant informasjon skal inkluderes (Helsedirektoratet, 2012). Det vil da være opptil den enkelte sykepleier å vurdere hva en mener er relevant informasjon som mottaker skal få. Når en kjenner til at helsepersonell ofte mangler kunnskap om andre tjenestenivå er det grunn til å anta at det er behov for endringer i standardiseringen av innholdet i PLO-meldinger. Dette kan tenkes å redusere bruk av fritekst og føre til bedre kvalitet i pasientoverføringen. Den samme tendensen kan sees i studien til Tønnesen et al. (2016). Der belyses sammenhengen mellom lavt kunnskapsnivå om ulike tjenestenivåer og vurdering av relevant informasjon. Undersøkelsen viser videre at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ofte opplever at epikrise med legemiddelliste kom for sent, noe som førte til ekstra utfordring, og som kan føre til uheldige konsekvenser i pasientforløpet (Tønnesen et al., 2016, s. 21-22). Epikrise og legemiddelliste er ikke standard vedlegg i PLO-meldinger, dette sendes av legene. Sykepleiere i hjemmesykepleien i praksis, ønsket epikrise som standard i PLO-meldinger. Dette mener jeg vil bidra til å kvalitetssikre videre helsehjelp til pasienter som blir overført. I tillegg mente sykepleierne at det ville være tidsbesparende da de ofte måtte purre på epikrisen i ettertid.

4.2.2 Muntlig informasjonsutveksling

Til tross for at sykepleierne i flere studier erfarer at bruk av PLO-meldinger fører til effektiv informasjonsoverføring, viser artiklene jeg har brukt i oppgaven at det fortsatt er behov for supplerende opplysninger ved pasientoverføringer. I studien til Brattheim et al. (2016) er sykepleierne imidlertid tilfreds med å få utfyllende informasjon på telefon for å sikre uheldige konsekvenser i pasientforløpet. Sykepleierne bruker gjerne telefonen for å få bekreftet at mottaker har fått informasjon som ble sendt. Behovet for muntlig informasjonsutveksling var ofte nødvendig hos de pasienter som ikke tidligere hadde mottatt kommunale tjenester. Uforutsigbarheter knyttet til pasientens utreisedato forsterket også sykepleierens behov i kommunehelsetjenesten for telefonisk kontakt (Brattheim et al., 2016, s. 31). I sykehuspraksis opplevde jeg at kommunehelsetjenesten måtte ringe for å sikre tilstrekkelig pasientopplysninger, spesielt i forhold til endret funksjonsnivå og oppdatert legemiddelliste. Dette kan tyde på at den skriftlige dokumentasjonen ikke oppleves som tilstrekkelig for sykepleiere i kommunen. Den samme tendensen ser man i studien til Gautun & Hellesø (2018, s. 219) der mer enn 1/3 av sykepleierne supplerte pasientopplysninger med bruk av telefon. En kan derfor anta at bruk av PLO-meldinger alene gir begrenset informasjon som skal sikre god kvalitet videre i pasientforløpet.

I studien til Brattheim et al. (2016, s. 32) ønsket sykepleierne muntlig bekreftelse på meldingsmottak. Spesielt i planlegging av utskrivning av pasienter. For å trygge usikkerheten til sykepleierne kan det tenkes at et varslingsystem hvor det automatisk blir bekreftet når en melding var åpnet og lest. Dette kan tenkes ville redusert antall telefoner mellom tjenesteutøverne. Sykepleiere har vanligvis telefon med seg under vekten, kanskje et varsel via det interne nettet kunne kobles til slik at sykepleier fikk melding der?

4.2.3 Betydningen av mangelfull informasjon i pasientforløpet

Pasientombudet får ofte henvendelser fra pårørende som opplever dårlig erfaring med pasientoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Rapporten slår videre fast at samhandling og kommunikasjon ved pasientoverføringer er et gjentakende problem. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 14). Samtidig viser studien til Gautun & Hellesø (2018, s. 219) at sykepleierens bruk av elektronisk dokumentasjon bidrar til

å øke kravet til innholdet av dokumentasjon, som igjen bidrar til å øke pasientsikkerheten. Dette samsvarer ikke med min erfaring fra praksis. Pårørende følte ofte avmakt da pasienten ble overført tilbake til kommunen. De opplevde ofte at de måtte videreformidle viktig informasjon som spesialisthelsetjenesten burde ha oversendt. Manglende pasientinformasjon reduserer kvaliteten på pleie og rehabilitering. I følge Orvik (2015, s. 213) vil bedre samhandling i utskrivelsesprosessen føre til bedre kvalitet i pasientforløpet.

Sykepleieprosessen danner grunnlag for dokumentasjon i overføring av pasienter (Vabo, 2018, s. 85-86). Når dokumentasjon ikke gir riktig framstilling av pasientens behov risikerer man at det ikke overføres fullstendig pasientinformasjon i PLO-meldingene. Dette kan, i verste fall, føre til kontinuitetsbrudd i behandling og pleie i pasientforløpet. Når dokumentasjon ikke er korrekt er det også brudd på lovverket. Krav til både dokumentasjonsplikt og journalens innhold er lovfestet i helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal (Vabo, 2018, s. 198-199).

4.3 Sykepleierens kompetanse

I rammeplan for sykepleierutdanning skal sykepleiere ved endt utdanning ha handlingskompetanse til å utføre dokumentasjon av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Likevel observerte jeg ved flere anledninger i praksis at sykepleiere ofte var usikker på egen kompetanse, både på hvilken relevant informasjon som var nødvendig og hvordan og når PLO-meldingene skulle sendes. Sykepleierne viste også usikkerhet på egen IKT kompetanse.

Når sykepleiere har manglende erfaring og kjennskap til hvordan elektronisk meldingsutveksling skal foregå kan det tyde på at det er manglende opplæring, enten fra studiestedet eller arbeidsgiver. Gjennom utdanningen vektlegges sykepleiedokumentasjon med hovedvekt på første studieår og gjennom praksisperiodene. Min erfaring gjennom praksisperiodene, der det ofte dokumenteres under tidspress, var at dokumentasjonen skulle være kort og presis. I utdanningen er det mer fokus på «avhandlinger» der et bestemt antall ord i oppgavene styrer hvor mye en skal skrive. Her mener jeg utdanningsinstitusjonene bør fokusere bedre på å forberede studentene på hva slags krav yrket stiller til dem i forhold til presis dokumentasjon og korrekt fagterminologi.

Det kan bli interessant å se om fremtidige sykepleiere har bedre kompetanse innen dokumentasjon ved endt utdanning. Gjennom ny forskrift om nasjonal rammeavtale for sykepleierutdanning, tydeliggjør forskriftene viktigheten av at sykepleiere etter endt utdanning skal ha kompetanse innen samhandling og kommunikasjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). I samme forskrift er det forventet at nyutdannet sykepleiere også skal ha kompetanse innen IKT.

Sykepleiere skal arbeide etter de yrkesetiske retningslinjer der de plikter å holde seg faglig oppdatert, og søke bistand der egen kompetanse ikke strekker til. Etter endt utdanningen skal sykepleiestudenter også ha handlingskompetanse til å ha et faglig lederansvar knyttet til utøvelse og administrering av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2018, s. 7). Nyutdannede sykepleiere jeg snakket med i praksis mente de manglet kompetanse på de rolleforventninger som forventes av dem. Som sykepleier skal du både være faglig dyktige, omsorgsfulle, koordinator og arbeidsleder samtidig. I følge Kristoffersen (2016a, s. 164) får ikke nyutdannede sykepleiere handlingskompetanse før etter 2-3 år. Dette kan tyde på at nyutdannede sykepleieres plikter er for mange i forhold til kompetansen de innehar etter endt utdanning.

Som sykepleiere er vi pliktig til å anvende dokumentert praksis ut fra egen kompetanse, både fra lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiere skal også holde seg oppdatert innen eget fagområde, og anvende ny kunnskap i praksis (NSF, 2011). Utøvelse av god sykepleie mener jeg også er avhengig av at ledelsen ser behovet for opplæring og tilrettelegger for kompetanseheving, ikke bare innenfor sykepleiefaget, men også i dokumentasjon, samhandling og IKT kompetanse.

4.3.1 Nødvendig opplæring i bruk av PLO

I studien til Hellesø et al. (2016) konkluderer de med at PLO-meldingene, i tillegg til informasjonsutveksling, også skal få sykepleierne til å få et bevist forhold til den informasjon som utveksles. I studien ble det konkludert med at det fortsatt mangler kunnskap om hva neste ledd i pasientforløpet har behov for (Hellesø et al., 2016, s. 352). Jeg opplevde flere ganger i sykehuspraksis at det kunne virke som at sykepleierne hadde lite innsikt i hvilken informasjon kommunehelsetjenesten trenger å motta. Dette gjenspeiles også i studien til Brattheim et al.

(2016); Nausdal & Netteland (2012) og Tønnesen et al. (2016). Dette har fått meg til å undres over om det er mangel på opplæring fra arbeidsgivers side og om fokus på PLO-meldinger ikke er en prioritert oppgave. Studien til Brattheim et al. (2016, s. 31) viser også samme tendensen, der forskjellig opplæring i PLO-meldinger kan gi individuelle forskjeller i innholdet. På den andre siden har sykepleierne et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert på den kunnskapen som trengs for å møte dagens arbeidskrav (Vabo, 2018, s. 195).

De forskjellige praksisstedene jeg har erfaring fra, har praktisert opplæring og bruk av PLO-meldinger forskjellig. Enkelte arbeidsplasser har egne superbrukere for PLO-meldinger, som er ansvarlig for opplæring og veiledning til ansatte. Andre steder var nyansatte henvist til opplæring via arbeidsgivers e-lærings program og å lære av hverandre. Det kan tenkes at en bedre måte å sørge for god kvalitet i innholdet i PLO-meldinger er at det er egne definerte stillinger som fyller ut PLO-meldingene. På den andre siden vil dette stille større krav til at fortløpende sykepleiedokumentasjon er av god kvalitet slik at de definerte sykepleierne har et god nok grunnlag for utfylling av PLO-meldinger.

4.4 Respekt og felles forståelse i samhandling

Helhetlig pasientforløp var en av intensjonene bak samhandlingsreformen. For å sikre flyt i pasientforløpet må samhandling mellom tjenesteutøverne være tilstede. Orvik (2015, s. 210) skriver at god samhandling må baseres på gjensidig tillit, ansvar og likeverd. I studien til Tønnesen (2016), gir sykepleiere i kommunehelsetjenesten uttrykk for at samhandling med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er preget av lite kunnskap og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten opplever at de har lite makt og innflytelse i samhandlingen og at perspektivet på hva som er viktig innhold i PLO-meldingene er forskjellig (Tønnesen et al., 2016, s. 21-22). Sykepleierne skal jobbe etter yrkesetiske retningslinjer og ha respekt for kollegers arbeid og fremme åpenhet og tverrfaglig samarbeid (NSF, 2011). Mine erfaringer fra samhandlingspraksis var at sykepleiere i kommunehelsetjenesten hadde lite innflytelse og påvirkning ovenfor spesialisthelsetjenesten ved overføring av pasienter. Nightingale (1997) presiserer viktigheten av at sykepleierne forstår sine ansvarsområder utover pasienten. En av ansvarsområdene til sykepleiere er nettopp dokumentasjon. Videre presiserer hun at sykepleierne må sørge for at det alltid er noen som tar over arbeidet når vi selv ikke er der (Nightingale, 1997, s. 77). Pasienten

forsvinner ut av vår rekkevidde ved pasientoverføring, vi har derfor et ansvar for å sørge at den som overtar ansvaret for pasienten har de riktige forutsetningene for å gi god kvalitet videre i pasientforløpet.

Oppsummering av drøftingen viser at sykepleierne er fornøyde med innføring av PLO-meldinger men at det fortsatt er utfordringer med kvaliteten i innholdet. Supplerende informasjon utveksles fortsatt muntlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kan gjøre at viktig informasjon om pasienten kan gå tapt. I tillegg fører det til merarbeid for sykepleierne. Sykepleiere må utvide kompetansen på neste ledds informasjonsbehov og samhandling mellom tjenesteutøverne må bedres. I tillegg må sykepleierne, i samarbeid med arbeidsgiver, sørge for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskaper i bruk og utfylling av PLO-meldinger.

5 Konklusjon

Jeg har i oppgaven drøftet: «Hvordan kan sykepleiere sikre god kvalitet på pasientforløpet ved bruk av PLO?». En av konklusjonene til artiklene litteraturstudiet bygger på, konkluderer med at kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er blitt mer effektiv med PLO-meldinger. Likevel er det utfordringer knyttet til kvaliteten på innholdet i PLO-meldingene. Mangelfull dokumentasjon i pasientoverføringer kan resultere i dårligere kvalitet i pleie- og behandling til pasienten.

God samhandling viser seg å være avhengig av sykepleiernes kompetanse, samarbeidsvilje og hvordan tjenestestedet er organisert og ledet. Når sykepleierne mangler innsikt og kunnskap om hva neste ledd i pasientforløpet har behov for av nødvendig og relevant informasjon, vil det redusere kvaliteten på innholdet i PLO-meldinger. Som sykepleiere er vi pliktige, både juridisk og yrkesetisk, til å utføre dokumentasjon og bidra til samhandling i pasientforløpet. Samtidig har ledelsen også et særskilt ansvar for kompetanseheving for å øke den kunnskap som er nødvendig for samhandling i pasientforløpet. Forskning bør i større grad fremover fokusere på hvilken opplæring nyansatte får fra arbeidsgiver, og på kompetanseheving underveis i yrkesforløpet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør samarbeide på tvers for å skape gjensidig respekt gjennom holdningsendringer. I tillegg må sykepleierens kunnskaper om hverandres informasjonsbehov ha økt fokus. Relevant pasientinformasjon er avgjørende for at sykepleiere skal kunne gi god kvalitet på pasientforløpet gjennom pleie- og omsorgsmeldinger.

6 Kildeliste

Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 2016; 11: 26-33.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie*. (3. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter. (2011). Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (FOR-2011-11-18-1115). Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115#KAPITTEL_3

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20sykepleierutdanning>

Gautun, H., & Hellesø, R. (2018). Digitalized Discharge Planning between Hospitals and Municipal Health Care. *Studies in health technology and informatics*.

<https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-217>

Hellesø, R., Melby, L., Brattheim, B. J., & Toussaint, P. J. (2016). Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective. *Studies in health technology and informatics*, 225, 349-353. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-349>

Helsedirektoratet. (2012) Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere. (HISD 80806:2012). Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (St.meld. nr. 11 (2018-2019)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: : https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8

Helsetilsynet (2017). Dødsfall etter behandling av pasient med sepsis ved Akershus universitetssykehus. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/ahus_sepsis_2017.pdf/

Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 267-310). Oslo: Gyldendal Akademiske

Kristoffersen, N. J. (2016a). Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 139-192). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 193-266). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.

- Naustdal, A.G. & Netteland, G (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 2012; 7: 270-277.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2012.0133>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Riksrevisjonen (2017). *Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Del av dokument 3:2 (2017-2018). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten/>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tønnesen, S., Kassah Lind, B. L. & Tingvoll, W-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 2016; 11: 14-23.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2016.56496>
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleie*. (3. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS