



Hvordan kan sykepleiere på sykehus sikre god kvalitet i helseopplysninger?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 201

Antall ord: 10345 (Eksklusive litteraturliste, tabeller og figurer)

Dato: 26.05.17

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt og bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemformulering	2
1.4 Oppgavens avgrensninger	2
1.5 Begrepsavklaringer	2
1.6 Oppgavens videre oppbygning	3
2. Metode	4
2.1 Beskrivelse av metoden	4
2.2 Litteratursøk	4
2.2.1 Søk i databaser	4
2.4 Kildekritikk	7
2.4.1 Kritikk av forskning	7
2.4.2 Kritikk av øvrig litteratur	9
2.4.3 Egne begrensninger	9
3. Teori	11
3.1 Kvalitet	11
3.1.1 Faglig kvalitet	11
3.1.2 Organisatorisk kvalitet og ansattes kompetanse	11
3.2.3 Avvikshåndtering.....	12
3.2 Helseopplysninger	12
3.2.1 Samhandlingsreformen	12
3.2.2 Lovgrunnlaget for helseopplysninger	13
3.2.3 Nærmere om kravet til helseopplysning	13
3.3 Samarbeidsavtaler, krav og retningslinjer	14
3.3.1 Retningslinjer i samarbeidsavtalene	14
3.3.2 Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.....	15
3.4 Sykepleiers ansvar	15
3.5 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helsetilsynet, 2016)	16
3.5.1 Mangelfull styring og ledelse	16
3.5.2 Mangelfull informasjon mellom tjenesteutøvere	17

3.6 Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune(Brattheim et al., 2016)	17
3.7 Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter(Gautun et al., 2016; Martens & Veenstra, 2015)	18
3.8 "Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!"(Handeland & Tveit, 2015).....	20
3.9 A collaborative chain out of phase(Paulsen et al., 2013)	21
3.10 Samhandling på tvers av nivåer i sykepleierutdanningen.....	22
4. Drøfting	24
4.1 Kvalitet i helseopplysninger	24
4.1.1 Viktigheten av god kvalitet i helseopplysninger	24
4.1.2 Tilstrekkelig informasjon i helseopplysninger	25
4.2 Sykepleiers ansvar	26
4.2.1 Sette seg inn i egne plikter og rettigheter	27
4.2.2 Fremme gode samarbeidsforhold	27
4.2.3 Ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.....	28
4.2.4 Effektivitetskrav	29
4.2.5 Elektronisk kommunikasjon.....	30
4.3 Politisk og organisatorisk ansvar	31
4.3.1 Lovpålagt veiledningsplikt.....	32
4.3.2 Gjensidig kunnskapsoverføring i samarbeidsavtalene	33
4.3.3 Innarbeide samarbeidsavtalene i praksis	34
4.3.4 Avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedring.....	35
4.3.5 Standardiserte retningslinjer eller fritekst.....	35
4.4 Samhandling i sykepleierutdanningen	37
5 Konklusjon	38
Litteraturliste:	39

1. Innledning

I dette kapitlet presenterer jeg tema og problemstilling. Jeg vil videre avklare begreper brukt i problemstillingen og oppgavens avgrensninger.

1.1 Presentasjon av tema

Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Den koordinerende delen av en sykepleiers arbeidsdag er blitt enda viktigere da samhandlingsreformen har medført et mer formelt og strukturert arbeidsansvar. Koordinering er en fellesnevner for samhandling, samarbeid og samordning (Orvik, 2015).

Jeg skal i oppgaven undersøke den koordinerende rollen sykepleiere på sykehus har. Jeg skal fokusere på en av de koordinerende oppgavene, som er å skrive helseopplysninger.

Helseopplysninger gjelder de pasientene som har behov for kommunale helsetjenester ved utskrivelse fra sykehuset. En fellesnevner for de fleste er at de har større pleiebehov enn de hadde før innleggelse på sykehus. De er en mer sårbar pasientgruppe, hvor konsekvensene for dårlig samhandling mellom tjenestene kan bli store. Pasientene kan være i en situasjon der multisykdom, kognitiv svikt og alderdom fører til at de ikke kan gjøre tilstrekkelig rede for seg, uttrykke sine egne ønsker om hvor de skal etter utskrivelse. Sykepleier på sykehus må derfor koordinere på en faglig forsvarlig måte, og sikre god informasjonsoverføring til kommunen, for å bidra til et godt pasientforløp.

1.2 Oppgavens hensikt og bakgrunn for valg av tema

Min bakgrunn for å velge dette temaet, er at jeg har praksiserfaring innenfor samhandling i en kommune. I denne praksisen observerte jeg at samhandling mellom sykehus og kommune var en kilde til frustrasjon hos sykepleiere på sykehus, grunnet arbeidsoppgavenes omfang, tidspress og manglende forståelse for arbeidsoppgavenes betydning. Innholdet i den elektroniske informasjonsutvekslingen var veldig varierende fra sykepleier til sykepleier. Jeg observerte manglende rutiner og kontinuitet i de

arbeidsoppgavene som ble gjort. Jeg så at pasientene som var berørt av samhandlingen, og hadde behov for kommunale helsetjenester etter utskrivelse, kunne ende opp med et ikke tilstrekkelig tilbud.

På grunn av oppgavens omfang vil jeg ta for meg én av samhandlingsoppgavene sykepleiere på sykehus har, som er å skrive helseopplysninger. Jeg vil ta for meg kvaliteten i helseopplysninger, siden jeg gjennom praksiserfaring har sett at kvaliteten på disse er varierende.

1.3 Problemformulering

Min problemstilling er: Hvordan kan sykepleiere på sykehus sikre god kvalitet i helseopplysninger?

1.4 Oppgavens avgrensninger

Jeg vil ikke ta for meg pasientperspektivet og pasientmedvirkning.

I helseopplysningene skal sykepleiere, i samarbeid med leger, sette forventet utskrivningsdato. Det er i forskning vist at dette kan være en utfordring for sykepleiere, men dette vil jeg ikke ta for meg.

Etter sykepleiere har sendt helseopplysninger til kommunen, er det mulighet for å sende skjema med oppdaterte helseopplysninger i etterkant. Dette vil jeg ikke ta for meg.

Jeg vil ikke ta for meg viktigheten av at sykepleiere engasjerer seg lokal- og helsepolitisk.

1.5 Begrepsavklaringer

Helseopplysninger: Med ordet ”helseopplysninger” mener jeg det som i forskrift omtales som ”varsel om innleggelse”. Ordet ”helseopplysninger” kommer fra pleie og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) som blir sendt elektronisk fra sykehus til kommune, der ”varsel om innleggelse” er PLO-Helseopplysninger (Helsedirektoratet, 2014). Per 1.

Januar 2015 hadde 99 prosent av alle kommuner tatt i bruk PLO-meldinger i samhandling med sykehus. Derfor velger jeg å anvende ordet ”helseopplysninger” som det blir omtalt som i praksis. I forskning og øvrig litteratur har denne meldingen navn som tidligmelding, early warning, varsel ved innleggelse og varsel 1. Jeg har i oppgaven valgt å oversette alle disse benevnelsene til ”helseopplysning” for å gjøre oppgaven mer helhetlig og forståelig.

Kvalitet i helseopplysninger: Med kvalitet i helseopplysninger mener jeg kvaliteten i helseopplysningenes innhold.

Sykepleiere: I min problemstilling er fokuset på sykepleiere som jobber i det pasientnære arbeidet på sykehus. Jeg vil istedenfor å referere til ”sykepleiere på sykehus” gjennom teksten, bare skrive sykepleiere.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven er delt i 5 hovedkapitler; Innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon.

I kapittel 2 vil jeg gjøre rede for metode, litteratursøk og kildekritikk.

I kapittel 3 vil jeg presentere teori i form av faglitteraturen, lover og forskrift, offentlig dokumentasjon og forskningslitteratur som belyser oppgavens problemstilling.

I kapittel 4 vil jeg drøfte den teorien jeg har presentert i kapittel 3, i lys av oppgavens problemstilling.

I kapittel 5 vil jeg gi en kort konklusjon, hvor jeg vil besvare min problemstilling.

2. Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere hvilken metode jeg har brukt i oppgaven. Jeg vil også presentere fremgangsmåten for litteratursøk, og øvrig litteratur jeg vil bruke. Videre vil jeg vurdere artiklenes gyldighet, holdbarhet og relevans.

2.1 Beskrivelse av metoden

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og den hjelper oss til å samle inn data (Dalland, 2012).

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudien skaper ingen ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme fram når man sammenstiller kunnskap fra flere undersøkelser/artikler (Støren, 2010). Litteraturstudie er en systematisering av den kunnskapen en har funnet. Å systematisere denne kunnskapen vil si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den (Støren, 2010).

2.2 Litteratursøk

Jeg har benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier i mine litteratursøk, for å avgrense søkene til et mindre omfang, og for å komme frem til de artiklene som er mest relevant for min problemstilling (Støren, 2010).

2.2.1 Søk i databaser

Jeg har søkt i databasene Swemed+ og Pubmed. Jeg valgte å ta utgangspunkt i Swemed+ som database, siden samhandlingsreformen er en norsk reform, og vil derfor bruke databaser som tar for seg norske/skandinaviske publikasjoner. Pubmed valgte jeg å bruke i mitt søk etter engelskspråklige artikler, siden jeg synes Swemed+ ikke har et stort nok utvalg av engelskspråklige artikler.

Felles inklusjonskriterier for mine litteratursøk er at de må være fagfellevurdert og ikke eldre enn 5 år. Jeg ønsker ikke at artiklene skal være eldre enn dette fordi

samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012, og at artikler før dette vil ha liten relevans for min problemstilling.

Jeg søkte med ordet ”utskrivning”, og avgrenset med fagfelleverdert. Dette ga 2 treff. Jeg fant begge artiklene relevante for min problemstilling.

- ”*Du må bare skrive, ønske lykke til, og stole på at det går bra*” (Handeland & Tveit, 2015). Dette er en kvalitativ undersøkelse, bestående av seks semistrukturerte dybdeintervjuer og et fokusgruppeintervju med fire deltakere. De ti respondentene var sykepleiere ved medisinske og kirurgiske sengeposter ved et norsk lokalsykehus. Hensikten med de individuelle intervjuene var å innhente data om sykepleiers erfaringer og vurderinger gjennom samhandlingsforløpet. Hensikten med fokusgruppeintervjuet var å utdype sentrale temaer som fremkom fra de individuelle intervjuene, samt å validere funnene.
- ”*Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune*” (Brattheim, Hellesø, & Melby, 2016). Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer og gruppeintervjuer. Studien ble gjennomført ved et universitetssykehus og i den kommunale hjemmetjenesten i tre kommuner som har samarbeidsavtale med dette sykehuset. Strategisk utvalg ble benyttet i valg av sykehus og en kommune da disse var de første i bruk av meldingsutveksling. De øvrige kommunene ble valgt tilfeldig. Det var totalt 41 ansatte som ble intervjuet, og de fleste hadde vært ansatt siden før samhandlingsreformen trådte i kraft. Dette inkluderte 15 sykepleiere og to sosionomer fra sykehuset ved ulike sengeposter. Fra kommunen inkluderte det tolv utøvende sykepleiere fra hjemmetjenesten, ti var sykepleiere i koordinator-bestiller- eller virksomhetsrollen, mens to var IT-ansvarlige. Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasient fra sykehus til kommune.

Jeg søkte med ordet ”utskrivning” i Swemed+, og avgrenset med fagfelleverdert. Her fikk jeg 15 treff. Jeg avgrenset videre med MeSH ordene ”patient discharge” og ”norway”. Da fikk jeg 3 treff, hvor jeg fant en av artiklene relevant.

- ” *Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter*” (Gautun, Martens, & Veenstra, 2016). Studie som baseres på gjennomgåtte saker fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse og omsorgssektoren fra 1. januar 2012 til 31. desember 2015, svar fra en spørreundersøkelse blant nøkkelpersoner (samhandlingssjefer, samhandlingskoordinator, avdelings- eller seksjonsleder) i samtlige norske helseforetak, og intervjuer med informanter fra fire case-kommuner i opptaksområdene til to helseforetak. 13 og 15 av 17 kommuner i hvert av de to opptaksområdene har svart. Det ble også gjennomført et telefonintervju med en rådgiver på et koordineringskontor i et tredje opptaksområde. Studien undersøker betydningen av de lovpålagte samarbeidsavtalene for konfliktnivå og opplevelse av samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder utskrivning av pasienter fra sykehus. I studien henviser forfatterne til NOVA-rapport nr. 9/15 ” *Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune- fra dialog til avviksmelding?*” (Martens & Veenstra, 2015) for nærmere opplysninger om datamateriale, inklusive intervjuene og intervjuguide brukt i studien. Jeg velger å bruke denne rapporten i tillegg til studien, da den går mer i dybden på datamaterialet brukt i studien.

Jeg benyttet søkeordene ”discharge hospital” og ”municipal care” i Pubmed, og avgrenset med de siste 5 årene og ”full text”. Her fikk jeg 53 treff. Jeg fant en relevant artikkel

- ” *A collaborative chain out of phase*” (Paulsen, Romøren, & Grimsmo, 2013). Studie hvor det er benyttet kvalitative intervju og spørreundersøkelse. Intervjuene ble gjort med strategisk utvalgte informanter. Utvalget inkluderte ni sykepleiere i kommunehelsetjenesten fra tre kommuner, som inkluderte koordinator i kommunehelsetjenesten, leder på største sykehjemmet i kommunene og lederen av hjemmesykepleien. Utvalget inkluderte også sykepleiere fra tre sykehus som har samarbeidsavtaler med disse kommunene. Spørreundersøkelsen ble utformet etter funnene fra intervjuene, for å undersøke om dette kunne overføres til sykepleiere generelt. Spørreundersøkelsen ble sendt til tre nøkkelpersoner i 110 kommuner, hvor de fikk 47 svar fra pasientkoordinatorer, 55 svar fra ledere på sykehjem, og 53 svar fra ledere i hjemmesykepleien.

Samhandlingsreformen er en politisk reform, og det vil derfor gjøre sed gjeldene å benytte offentlige dokumenter. Jeg har benyttet lovdata.no for å finne aktuelle lover og forskrifter for min problemstilling. De offentlige dokumentene jeg benytter i oppgaven er funnet gjennom litteraturlister i forskningsartikler.

Jeg har videre benyttet pensumlitteratur, og supplerende litteratur fra biblioteket. Litteraturen jeg har valgt er troverdig da den er valgt ut av skolens personale, og er anerkjent faglitteratur.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland, 2012). I dette kapittelet vil jeg ta for meg den kildematerialet jeg har valgt å bruke i oppgaven, og vil vurdere dens gyldighet, holdbarhet og relevans. Jeg vil prøve å vise hvilke kriterier jeg har brukt under utvelgelsen min av kildemateriale (Dalland, 2012).

2.4.1 Kritikk av forskning

Gjennom min søkeprosess etter forskning, har jeg blitt oppmerksom på at det er lite forskning på det området jeg ønsker å undersøke, nemlig det å skrive helseopplysninger. Det finnes mer forskning rundt temaet om utskrivningsprosessen og samhandlingen rundt dette. Det å skrive helseopplysning er en del av utskrivningsprosessen. Derfor har jeg måttet basere oppgaven på deler av forskjellig forskning. Dette har videre gjort at jeg må sette meg godt inn i og lese alle artiklene, for å se om de går inn på mitt tema, for så å bestemme relevans til min oppgave. Dette mener jeg har gjort utvelgelsen vanskelig.

Nesten alle artiklene jeg har valgt å bruke er kvalitative. Årsaken til dette, er at det finnes svært lite kvantitativ forskning på dette området, både innenfor temaet i min oppgave, men også innenfor temaet samhandling generelt. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Dette gjør at jeg ikke automatisk kan generalisere funnene i min oppgave.

”Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!”(Handeland & Tveit, 2015): En svakhet ved denne studien kan være at datainnsamlingen ble utført på førsteforfatters arbeidsplass. En styrke ved studien er at den tar utgangspunkt i ” Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter”, som inneholder de nasjonale føringene for samhandlingen om utskrivningsklare pasienter. Lokale forhold og demografi skiller det aktuelle sykehuset fra sykehus det kan være naturlig å sammenlikne det med. Funnene er dermed ikke automatisk overførbare, men med de betalingsforskriften som grunnlag for utøvelsen av sykepleie, kan det antas at sykepleiernes situasjon ikke er unik. En svakhet ved studien er det ikke godt nok gjøres rede for eller skilles mellom de forskjellige fasene eller oppgavene i utskrivingsprosessen. Dette har gjort det vanskeligere å identifisere de deler av studien som omhandler det å skrive helseopplysninger.

Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune(Brattheim et al., 2016): I denne studien er utvalget av ett sykehus og tilhørende kommuner for lite til å kunne trekke generelle konklusjoner om sykepleiers erfaringer. En styrke ved utvalget er at det aktuelle sykehuset og én av de tilhørende kommune var de første til å bruke meldingsutveksling. Dermed kan en gå ut ifra at meldingsutvekslingen er godt kjent og innarbeidet i praksis hos de som intervjues. Studien tar derimot ikke hensyn til hvor lenge PLO-meldinger har vært i bruk ved de øvrige kommunene. Studiens gyldighet støttes ved at funnene drøftes opp mot annen forskning. I studien er det i utvalget av informanter valgt utøvende sykepleiere i hjemmetjenesten og på sykehus, sykepleiere i koordinatorrollen, og IT- ansvarlige. Det mangfoldige utvalget i intervjuene er en styrke i studien. En klar svakhet for meg at det videre i studien ikke skilles mellom hvilken rolle de forskjellige sykepleierne innehar når det refereres til uttalelser i intervjuene.

Samarbeid og samarbeidsavtaler om utskrivning av pasienter (Gautun et al., 2016): I intervjudelen av studiet er utvalget av informanter lite, og det vil derfor ikke kunne generaliseres til landet forøvrig. Samarbeidsavtalene som er undersøkt speiler ikke fullt ut den samhandlingen som skjer i praksis. Disse samarbeidsavtalene er bestemt på ledernivå i helseforetak og kommune, og vil derfor kunne praktiseres annerledes på utførernivå.

A collaborative chain out of phase (Paulsen et al., 2013): Denne studien ble gjennomført før det ble innført elektronisk samhandlingsverktøy. Allikevel ser jeg på artikkelen som

relevant da den er gjennomført etter samhandlingsreformen var innført i 2012 og mange av de nasjonale føringene var de samme, da denne studien ble gjennomført, som nå. Studien kan også gi et sammenlikningsgrunnlag for om utfordringene med samhandling har endret seg etter innføringen av elektronisk samhandling. I metoden av studien beskrives det at intervjuene er gjort av sykepleiere med tre forskjellige stillinger i kommunen. En svakhet ved studien er at det ikke skilles mellom hvilke stillinger sykepleierne har når det refereres til uttalelser i studien. En annen svakhet ved studien kan være den lave svarprosenten i spørreundersøkelsen. Allikevel viser resultatene fra spørreundersøkelsen at funnene fra intervjuene er representative for flertallet av sykepleierne, når det kommer til overføringen av pasienter til kommunen.

2.4.2 Kritikk av øvrig litteratur

Det finnes svært lite pensumlitteratur innenfor temaet jeg har valgt å skrive om. Det finnes noe litteratur som omhandler den politiske forankringen rundt samhandlingsreformen, og hvilke lov- og forskriftsreguleringer dette omfatter. Det er derimot svært lite pensumlitteratur som gjør rede for hvilke arbeidsoppgaver, endringer og konsekvenser dette har for sykepleiere på sykehus i det pasientnære arbeidet.

I den offentlige dokumentasjonen jeg har valgt å bruke, er ikke de spesifikke profesjonene og deres oppgaver beskrevet. Grunnen til dette er at lover og forskrifter ikke spesifiserer dette, men overlater definisjonsansvaret til samarbeidsavtalene, hvor man skal utarbeide rutiner og retningslinjer for arbeidsfordelingen. Sykepleiere har i tillegg til det pasientnære arbeidet, et koordinerende ansvar, for å sørge for kontinuitet i pasientforløpet (Hellesø, Larsen, Obstfelder, & Olsvold, 2016). I dette ansvaret følger samhandlingen med kommunen. Derfor anser jeg den offentlige litteraturen som svært relevant for min oppgave.

2.4.3 Egne begrensninger

Mye av bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet, er på grunn av min praksisperiode innenfor samhandling, hvor jeg bygget en interesse og engasjement for temaet. Dette kan gjøre det vanskelig å opprettholde min objektivitet i oppgaven. Det er derfor viktig at jeg

forholder meg bevisst i mine verdier på det menneskelige, politiske og faglige plan (Dalland, 2012). På denne måten vil jeg prøve å opprettholde objektiviteten i størst mulig grad. Jeg vil allikevel trekke inn praksiserfaringer og subjektive opplevelser der jeg mener dette er relevant.

3. Teori

Jeg skal i dette kapittelet først presentere hva faglitteraturen sier kvalitet er. Videre vil jeg presentere hva helseopplysninger er, og hvor dette er regulert. Deretter vil jeg presentere de forskningsartiklene jeg har funnet relevant for min oppgave.

3.1 Kvalitet

En anerkjent definisjon av kvalitet beskriver kvalitet som en helhet av egenskaper ved en enhet, og denne enhetens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.

Kvalitetsegenskapene skal bidra til å møte krav nedfelt i lov eller forskrifter, for eksempel at helsepersonell skal samarbeide og samhandle(Orvik, 2015).

3.1.1 Faglig kvalitet

Faglig kvalitet er at all forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering er av god kvalitet, det vil si i samsvar med kunnskapsbasert praksis, basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Det forutsettes at helsepersonell kontinuerlig evaluerer sin egen praksis i lys av gjeldende kvalitetsstandarder, og at fagmiljøene aktivt arbeider med fag og metodeutvikling(Arntzen, 2014).

3.1.2 Organisatorisk kvalitet og ansattes kompetanse

Helsepersonellens kunnskap og kompetanse er blandt de sterkeste virkemidlene i arbeidet for å bedre kvalitet. For at fagfolk skal lykkes i å levere kvalitet, må systemene tilrettelegge for kvalitet på alle nivåer. De ansatte må ha oppdatert kompetanse, og de må ha rett til å lære av svikt på en trygg måte(Arntzen, 2014).

Ledelsen er ansvarlig for å tildele oppgaver, sørge for nødvendige ressurser, og sikre at de ansatte utfører og kan utføre pliktene sine i samsvar med myndighetskrav, avtalte rutiner og prosedyrer. Opplæringen av ansatte må skje i takt med utviklingen for å opprettholde helsepersonellens profesjonelle kompetanse, forbedre ferdigheter og opprettholde motivasjon og engasjement for kvalitet(Arntzen, 2014).

3.2.3 Avvikshåndtering

Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av spesielle krav. Tjenestene utøves ikke alltid som forutsatt i retningslinjer og prosedyrer, og det er viktig som sykepleier å håndtere uønskede hendelser eller avvik. Gode rutiner for håndtering av avvik er en viktig del av et kvalitetssystem. Helsetjenestens ledere har ansvaret for å etablere en kultur som preges av tillit, der den enkelte medarbeider tør å melde fra om feil som er begått (Bjørø & Kirkevold, 2014).

3.2 Helseopplysninger

Helseopplysninger er en pleie og omsorgsmelding (PLO) som sendes elektronisk fra sykehus til saksbehandlertjenesten i kommunen (Helsedirektoratet, 2014).

3.2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012. Regjeringen ville gjennom samhandlingsreformen sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarte på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarte på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (St.meld nr. 47(2008-2009), 2009).

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld nr. 47(2008-2009), 2009, s.13).

Et av målsettingene i reformen er at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på, og at derfor all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk (St.meld nr. 47(2008-2009), 2009).

Med samhandlingsreformen kom flere lov- og forskriftsreguleringer som skal sikre samarbeidet mellom ulike deler av helsetjenesten (Molven, 2016). Deler av disse reguleringene omhandler temaet helseopplysninger.

3.2.2 Lovgrunnlaget for helseopplysninger

Helse og omsorgstjenesteloven §11-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 understreker den samarbeidsplikten helseforetak og kommune har for utskrivningsklare pasienter, og at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold(2011; 1999).

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (heretter betalingsforskriften) beskriver fremgangsmåten når en pasient er vurdert å ha behov for hjelp fra kommunen etter utskrivning. I §7 står det at helsepersonellet på helseinstitusjonen skal vurdere om pasienten har behov for helsehjelp i kommunen. Forskriften fastsetter ikke hvilken faggruppe innenfor sykehuset som skal gjøre dette, men viser til at det er opp til sykehuset å finne gode og forsvarlige rutiner for vurderingen(Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011).

I §8 ”varsling til kommunen om innlagt pasient” står det at helseopplysninger skal sendes til kommunen innen 24 timer etter innleggelse på sykehus. Forskriften angir et minstekrav om hva helseopplysninger skal inneholde. Kravene til innhold er; a) pasientens forløp, b) antatt forløp og c) forventet utskrivningstidspunkt(Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011).

3.2.3 Nærmere om kravet til helseopplysning

Betalingsforskriften gir et minstekrav til hva helseopplysning skal inneholde, og disse minstekravene er generelt utformet og lite detaljerte.

I helsetilsynets veileder for landsomfattende tilsyn 2015 (heretter tilsynsveileder) er kravene som stilles til helseopplysninger nærmere beskrevet. Tilsynsveilederen viser hvordan forskriftens minstekrav til helseopplysninger håndheves av tilsynsmyndigheten, og er derfor svært relevant i tolkningen av betalingsforskriftens krav. I denne fremkommer det at det bør foreligge en form for sjekklister for hvilke opplysninger kommunen må ha for å vurdere hjelpebehovet. Videre står det at dersom det ikke brukes sjekklister, må

kommunen sannsynliggjøre det at det foreligger så godt innarbeidede rutiner at kommunen allikevel innhenter tilstrekkelig informasjon om pasientene. Veilederen gir eksempler på hva som kan være relevant og nødvendig informasjon i helseopplysninger. Dette er informasjon om helsesituasjon med diagnoser, behov for oppfølging fra fastlege/sykehus, spesielle forholdsregler, ev. behov for hjelp til legemiddelhåndtering, funksjonsnivå når det gjelder dagliglivets aktiviteter, ernæring, funksjonsnivå når det gjelder forflytning og gangfunksjon, behov for hjelpemidler, har pasienten med hjelpemidler, hukommelse/kognitiv funksjon, bor pasienten sammen med noen, behov for spesielt utstyr og pasientens egne ønsker og opplevde behov(Helsetilsynet, 2014).

I den samme veilederen fremkommer det at helseopplysningene skal gi kommunen tilstrekkelig informasjon til at kommunen kan gjøre de forberedelser som er nødvendige for å kunne ta imot pasienten ved utskrivningstidspunkt(Helsetilsynet, 2014).

3.3 Samarbeidsavtaler, retningslinjer og krav

Hvordan helseopplysningene skal utformes, og hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og kommune skal foregå, skal bli bestemt gjennom samarbeidsavtalen til de enkelte helseforetak og kommuner. Regionale helseforetak og kommuner har gjennom lov gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtaler med hverandre. Helse og omsorgstjenesteloven §6-2 beskriver et minimum av hva avtalen skal omfatte(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.3.1 Retningslinjer i samarbeidsavtalene

Samarbeidsavtalen skal blant annet omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I den nasjonale veilederen fra Helse- og omsorgsdepartementet utdypes dette. Her fremkommer det at samarbeidsavtalen bør beskrive hvordan partene vil innfri krav til betalingsforskriften. På denne måten skal kommune og sykehus sammen bli enige om hvordan retningslinjer og rutiner rundt samhandling om utskrivningsklare pasienter, skal foregå(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

3.3.2 Veiledningsplikt og gjensidig kunnskapsoverføring

I helse- og omsorgstjenesteloven §6-2 stilles det krav til at samarbeidsavtalen skal omfatte retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og faglig nettverk og hospitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I den nasjonale veilederen fra helse- og omsorgsdepartementet fremkommer det at gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Spesialisthelsetjenesten skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver.

3.4 Sykepleiers ansvar

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I kapitlet ”sykepleieren og profesjonen” står det at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Retningslinjene understreker at ledere av sykepleiertjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I kapitlet ”sykepleieren og pasient” står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og politiske utviklingen (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I kapittelet ”sykepleieren og medarbeideren” står det at sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I kapittelet ”sykepleieren og arbeidsstedet” står det at sykepleieren skal sette seg inn i egne plikter og rettigheter når et nytt arbeidsforhold innledes, og holde seg oppdatert om aktuelle endringer. (Norsk sykepleierforbund, 2011)

3.5 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helsetilsynet, 2016)

Tilsynet viste alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune.

3.5.1 Mangelfull styring og ledelse

Fra tilsynet fremkommer det at alle virksomhetene hadde inngått samarbeidsavtaler og avtalt retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter. Tilsynet viser at det var stor variasjon i om, og hvor godt, de ansatte kjente de inngåtte samarbeidsavtaler og retningslinjer. Det fremkommer at avtalene i mange virksomheter ikke var godt nok innarbeidet i praksis og at utformede prosedyrer ikke var implementert. Når avtalene ikke var implementert og de ansatte ikke hadde kjennskap til hva de inneholdt, ville de heller ikke kunne vite hva de skulle forvente av den samhandlende part. Dette medførte at det ikke var klart hva som var avvik fra samhandling og hva som burde rapporteres (Helsetilsynet, 2016, s.25).

Tilsynet viser til at det er ledelsen er ansvarlig for å inngå avtaler, og implementere og innarbeide disse i praksis. Tilsynet påpekte at dersom de ansatte har tilstrekkelig kunnskap om samarbeidsavtalen, ville dette utgjøre en fare for svikt i samhandlingen om utskrivningsklare pasienter (Helsetilsynet, 2016, s.25).

Det fremkommer videre at ledelsen må synliggjøre viktigheten av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedring, og at avvik ikke er kritikk, men bidrag for samhandlende

tjenester kan forbedre sine tjenester. Funnene fra tilsynet viste at ledelsens manglende oppmerksomhet rettet mot feil i mange tilfeller førte til at feilene ikke ble oppdaget, ikke rettet og praksis fortsatte som før. På denne måten kunne de samme feilene gjentas over tid(Helsetilsynet, 2016 s.26).

3.5.2 Mangelfull informasjon mellom tjenesteutøvere

Det fremkommer i tilsynet at de fleste helseforetakene sendte helseopplysninger til kommunen innen fristen på 24 timer. Det var imidlertid eksempler på at informasjonen var mangelfull. Tilsynet viser at informasjonsoverføring er det området hvor samhandlingen oftest svikter. Informasjonsoverføringen ved utskrivning var i mange tilfeller mangelfull og det ble konkludert med at faren for at pasienten ikke fikk forsvarlig tjenestetilbud var for stor(Helsetilsynet, 2016, s.27).

3.6 Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune(Brattheim et al., 2016)

Studien tar utgangspunkt i begrepet ”informasjonskontinuitet” som de definerer som relevant og tilstrekkelig informasjon mellom helsearbeidere i en kjede. I studien tar de for seg alle type PLO-meldinger sykehuset benytter. PLO-Helseopplysninger er en av disse meldingene.

Studien beskriver helseopplysninger som en melding som skal sendes innen 24 timer etter innleggelse. Den skal sendes hvis pasienten vil ha behov for nye eller endrede tjenester fra kommunen. De standard innholdselementene i meldingen er pasientens status, antatt forløp, forventet utreisedato og kontaktopplysninger. Informasjonen i meldingen skal inneholde foreløpige medisinske opplysninger, for eksempel diagnose og kliniske funn, kritisk informasjon, opplysninger om pasientens egensøknad og foreløpige sykepleiefaglige opplysninger(Brattheim et al., 2016, s.28).

I studien fremkommer det at det varierte hvordan kommunene forholdt seg til helseopplysningene de mottok; alt ifra at ingen tiltak ble iverksatt til å benytte meldingen som grunnlag for vedtaksbeslutninger. Studien begrunner denne variasjonen blant annet

med at det var tydelige individuelle forskjeller i hvordan sykepleierne på sykehusene fylte ut helseopplysningsskjemaet. Det viste seg at både innhold og detaljeringsgrad i meldingene som ble oversendt til kommunen varierte(Brattheim et al., 2016, s.29)

Sykepleierne erfarte at PLO-meldingene ikke understøttet alle aspekter ved deres kommunikasjonsbehov, og derfor brukte supplerende kommunikasjonsmetoder for å sikre informasjonskontinuitet. På denne måten unngikk de uheldige konsekvenser for pasienten. Studien viser til at dette utfordrer samhandlingsreformens målsetning om at elektronisk meldingsutveksling skal være den foretrukne måten å kommunisere mellom helsepersonell(Brattheim et al., 2016, s.31).

I studien fremkommer det, i samsvar med tidligere studier fra før meldingssystemet ble innført, at sykepleierne i sykehus og kommune hadde ulik faglig tilnærming til pasientens helsetilstand. Sykehusets sykepleiere knyttet meldingsinformasjonen til diagnose og behandling, mens kommunens sykepleiere hadde behov for å motta informasjon om pasientens helhetlige funksjonsnivå, hjelpebehov og preferanser(Brattheim et al., 2016, s.31)

Studien påpeker at standardiserte PLO-meldinger er basert på standard innholdselementer med mulighet for å skrive fritekst. Funnene i studien viser at sykepleierne opplevde bruken av fritekst som utfordrende, og rapporterte individuelle forskjeller i hvordan de fylte ut meldingene. Bruk av fritekst med individuelle ordvalg og formuleringer gjorde at sykehusets dokumentasjon av pasientens helsehjelp og pasientens funksjonsnivå kunne fremstå noe ufullstendig for kommunen. I studien fremkommer det at annen litteratur peker på at profesjonen mangler en standardisert nasjonal modell for sykepleiernes journalføring, siden det er viktig at helsepersonell kommuniserer på et omforent fagspråk i informasjonsutvekslingen på tvers av nivåer(Brattheim et al., 2016, s.31)

3.7 Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter(Gautun et al., 2016; Martens & Veenstra, 2015)

Her presenterer jeg studien ”samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter”(Gautun et al., 2016) og NOVA-rapporten nr 9/15 ”Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding.”.

Studien viser til at uttalelser fra kommuneinformantene i deres eget studie samsvarer med funn i tidligere studier. Disse studiene viser at det over flere år har vært spenninger knyttet til en gradvis overføring av flere og nye oppgaver fra sykehus til kommune(Gautun et al., 2016).

Ifølge kommuneinformantene er det der samhandlingen skjer i det daglige at konflikter oppstår mellom partene. I studien vises det til mangelfull informasjon om utskrivningsklare pasienter kan være årsak til konflikt(Martens & Veenstra, 2015).

I intervjuundersøkelsen fra studien er det undersøkt opplevelsen av samarbeid og likeverd mellom partene(Martens & Veenstra, 2015). Det er i studien ikke fullt samsvar mellom kommuneinformantene og helseforetaksinformantenes opplevelse av konfliktnivå. Informantene fra kommunene der helseforetaket mente det ikke hadde vært konflikter, opplever i større grad at det har vært uenigheter og konflikter(Gautun et al., 2016).

Et av hovedfunnene i studien er manglende gjensidighet i kompetanseoverføringen. Tre av fire kommuneinformanter angir at det aldri er noe problem å få kompetanseheving og opplæring fra sykehuset. En kommuneinformant og informanten fra kommunesamarbeidet påpeker at sykehuset burde ha behov for å vite mer om det kommunale tilbudet. I studiens hovedfunn trekkes det frem et ulikt pasientfokus hos de forskjellige partene. Sykehuset fokuserer på den delen av pasienten de skal utrede og helbrede, mens kommunene fokuserer på funksjonsevne og individets samlede ressurser. Videre understreker studien at partene trenger økt forståelse for hva hverandres synspunkter er. I studien fremkommer det at opplevelsen av manglende likeverd og kompetanseoverføring skyldes de nasjonale føringene heller enn samarbeidet innen opptaksområdet(Martens & Veenstra, 2015).

Studien konkluderer med at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men at de ikke kan erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene(Gautun et al., 2016).

3.8 ”Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!”(Handeland & Tveit, 2015)

Hensikten med studien var å utforske forholdet mellom sykepleiers profesjonelle skjønnsutøvelse, og rutiner og føringer for utskrivning og overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten.

Funnene i studien indikerer at sykepleierne anvender skjønn når de vurderer pasienten med tanke på utskrivning helt fra innleggelsen. De etablerer en forståelse av pasientens behov for bistand etter utskrivelse ved å koble sammen kompleks informasjon fra ulike kilder, som pasientens historie, aktuell sykdomssituasjon, funksjonsnivå før og nå, samt egne erfaringer med hva som har fungert bra og dårlig ved lignende pasientforløp(Handeland & Tveit, 2015, s.44).

Studien viser at selv om sykepleierne har liten eller ingen formell myndighet i vedtaksbeslutningen, prøver de allikevel å påvirke den. Dette gjør de ved at de handler skjønnsbasert når de formidler sine vurderinger for å sikre at pasientens beste ivaretas(Handeland & Tveit, 2015, s.44).

I studien fremkommer det at effektivitetskrav i helseforetaket er det som i størst grad begrenser sykepleiernes mulighet for skjønnsutøvelse. En av disse effektivitetskravene er å sende helseopplysningene innen 24 timer. De intervjuede sykepleierne mente at effektivitetskravet reduserte deres mulighet til å etablere en relasjon til pasienten. Sykepleierne mente at de måtte distansere seg mer fra pasienten, for å oppnå de effektivitetskravene som foreligger, noe som reduserte sykepleiernes mulighet til å etablere en solid forståelse for pasientens situasjon(Handeland & Tveit, 2015, s.45)

Studien konkluderer med at sykepleierne i større grad innehar en utførerrolle, enn en profesjonsrolle, da rutiner og føringer i noen situasjoner begrenser skjønnsutøvelsen på måter som oppleves tvingende. En utfører forventes å gjennomføre de oppgavene han pålegges, uten at vedkommende i særlig grad kan påvirke innholdet i handlingen(Handeland & Tveit, 2015, s.46)

3.9 A collaborative chain out of phase(Paulsen et al., 2013)

Studien beskriver helseopplysninger som ”first warning”. I studien er ”first warning” (heretter varselet) definert som når sykepleier på sykehus varsler koordinator i kommune om pasientens innleggelse, og at denne vil ha behov for kommunal pleie- og omsorg etter utskrivelse.

Spørreundersøkelsen viste at 25% av informantene fra kommunen fikk varselet innen første eller andre dag etter innleggelse, mens 51% av informantene fikk varselet nærmere utskrivningstidspunkt. Varslet skal gi kommunen mulighet for planlegging og forberedelse. Allikevel kunne kommunens informanter i intervjuene fortelle at informasjonen gitt innen 24 timer hadde lite nødvendig informasjon. Bare 23% av informantene fra kommunen i spørreundersøkelsen var enige om at informasjonen i varselet var tilstrekkelig for å beslutte hva slags hjelpebehov pasienten ville ha etter utskrivning(Paulsen et al., 2013)

Studien viser at det etter mottatt varsel var det opp til kommunens koordinatører å innhente mer informasjon om pasienten, ofte i dialog over telefon med sykepleierne på sykehusene. Dette var informasjon som pasientens funksjonsnivå, medisinske status, og psykiske status(Paulsen et al., 2013)

I spørreundersøkelsen fremkommer det at nesten halvparten av informantene fra kommunen mente at sykehusets sykepleiere forsøkte å overprøve dem i beslutningsprosessen. Dette inkluderte spørsmål om sykepleiere på sykehus prøvde å ha innflytelse på hvilket pleienivå pasienten skulle få i kommunen. I intervjuene fortalte mange av informantene i kommunen at sykepleiere kunne gi pasient og pårørende lovnader om hva slags tilbud pasienten skulle få i kommunen, og at dette skapte vanskelige situasjoner når pasienten ble utskrevet til kommunen(Paulsen et al., 2013).

Studien trekker frem at behovet for god samhandling ligger hos kommunen, og dette skaper en asymmetri mellom sykehus og kommune. For kommunen er relevant og tilstrekkelig informasjon avgjørende for en sammenhengende helsetjeneste for utskrivningsklare pasienter. Kommunen er avhengig av at sykehuset innhenter den nødvendige informasjonen, mens sykehusets sykepleiere ikke er avhengig av

informasjonsinnhenting og samhandlingen med kommunen for deres arbeid på sykehuset(Paulsen et al., 2013).

I studien diskuteres muligheten for fremtidig elektronisk informasjonsutveksling mellom kommuner og sykehus. Studien påpeker at bruk av elektronisk kommunikasjon kan være utfordrende siden det er vanskelig å erstatte detaljeringsgraden, fleksibiliteten, og umiddelbarheten i direkte dialog. Studien diskuterer også muligheten for redusert informasjonskvalitet for kommunen om kommunikasjonen blir bare elektronisk, siden sykehusets profesjonelle fokus er annerledes enn kommunens. Studien konkluderer med at det er avgjørende å ta hensyn til de organisatoriske forskjellene når ny informasjonsteknologi blir introdusert(Paulsen et al., 2013).

3.10 Samhandling på tvers av nivåer i sykepleierutdanningen

I rammeplanen for sykepleierutdanningen fremkommer det at utdanningen blant annet skal inneholde kommunikasjon og samhandling, helse-og sosialpolitiske prioriteringer, lovverk, forskrifter og avtaler som regulerer helse og sosialsektorens virkefelt og saksbehandling, og kvalitetssikring, internkontroll og kvalitetsutvikling(Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

I rammeplanen under ” Yrkesetisk holdning og handling” står det at studenten etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å ivareta den enkelte pasients integritet, herunder blant annet retten til en helhetlig omsorg(Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

I rammeplanen under ”Organisasjon og ledelse, politikk og lovverk” står det at studentene etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til kunne samarbeide på alle nivå i organisasjonen og utvikle vilje til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Studenten skal også ha handlingsberedskap til å utøve saksbehandling både tverrfaglig og tverretatlig, og kunne bidra til at faglige normer legges til grunn når sosial- og helsepolitiske beslutninger fattes(Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

De helsepolitiske, teknologiske og demografiske endringene i sykepleiers arbeid endrer seg raskere enn endringene i sykepleierutdanningen. Dette kan resultere i at arbeidsforhold for sykepleier i praksis ikke blir tematisert under utdanningen, og dermed heller ikke i praksis(Hellesø et al., 2016).

Den teoretiske forankringen i sykepleierutdanningen egner seg ikke alene til å forstå og beskrive sykepleiernes arbeid i dagens helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å organisere helhetlige og individuelt tilpassede behandlingsforløp er blitt mer komplekst. I takt med teknologiutviklingen og økningen i antall personer som er involvert i behandlingsforløpet, skjer det en naturlig forskyvning fra det pasientnære arbeidet til oppgaver av en mer organisatorisk karakter. Dette krever at sykepleiefaget må utvikle nye og mer realistiske beskrivelser av arbeidet i slik måte at det organisatoriske ansvaret likestilles med det pasientnære arbeidet(Hellesø et al., 2016).

Sykepleierne står i en særstilling da de har innsikt i pasientens behov, noe de kombinerer med å bruke organiseringskompetansen sin. Organiseringsarbeidet favner om oppgaver som informasjonshåndtering, fordeling av faglige ressurser og overføring av pasienter mellom avdelinger og tjenestenivåer(Hellesø et al., 2016).

Krav til kvalitet, effektivitet og helhetlige behandlingsforløp fordrer at relevante profesjonsfaglige og organisatoriske ressurser bringes sammen rundt den enkelte pasienten. Slike aspekter ved sykepleierarbeidet blir ikke vektlagt i utdanningen(Hellesø et al., 2016).

4. Drøfting

Jeg vil i dette kapittelet drøfte det materialet jeg har presentert i lys av den teorien jeg har lagt til grunn for arbeidet(Dalland, 2012). Jeg vil først ta for meg hva kvalitet i helseopplysninger er, og videre sykepleiers ansvar for dette. Til slutt vil jeg gjøre rede for organisatorisk og politisk ansvar for kvaliteten i helseopplysninger, og sykepleierutdanningens ansvar for å øke fokuset på dette området.

4.1 Kvalitet i helseopplysninger

Jeg vil i dette kapittelet drøfte hva god kvalitet i helseopplysninger er.

4.1.1 Viktigheten av god kvalitet i helseopplysninger

Kvalitet er definert som en helhet av egenskaper ved en enhet, og denne enhetens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov(Orvik, 2015). Når en ser på helseopplysninger som denne enheten, er kvaliteten definert av helseopplysningenes evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov. Saksbehandlerne i kommunen er de som mottar helseopplysningene, og det er hos dem behovet for tilstrekkelig informasjon om pasienten ligger. Hvor god kvalitet helseopplysningene har, er derfor basert på om saksbehandlerne behov for informasjon er oppfylt.

I tilsynsveilederen fremkommer det at helseopplysningene skal gi kommunen tilstrekkelig informasjon til å kunne forberede mottak av utskrivningsklar pasient(Helsetilsynet, 2014). I Paulsen et al. fremkommer det at Helseopplysningene skal gi kommunen mulighet for planlegging og forberedelse for mottak av pasienter(2013).

Det vil si at god kvalitet i helseopplysninger fordrer at informasjonen er tilstrekkelig og nødvendig for at kommunen skal kunne planlegge og forberede mottak av pasienter.

I Brattheim et al. fremkommer det at det varierte hvordan kommunene forholdt seg til helseopplysningene de mottok; alt ifra at ingen tiltak ble iverksatt til å benytte det som grunnlag for vedtaksbeslutninger. Studien begrunner dette med variert innhold og

detaljeringsgrad i helseopplysningene(2016). I Paulsen et al. var bare 23% av informantene i kommunen enige i at informasjonen i helseopplysningene var tilstrekkelige for å beslutte pasientens hjelpebehov etter utskrivning(2013).

Dette viser at om kvaliteten på helseopplysningene ikke er god nok, vil dette kunne føre til at kommunene ikke kan starte planleggingen og vedtaksbeslutningen for pasientene.

Når det i oppsummeringen av tilsynet fremkommer at mangelfull informasjon til kommunen kan føre til at pasienten ikke får forsvarlig tjenestetilbud og oppfølging i hjemmet, viser dette viktigheten av at kvaliteten på helseopplysninger må være god for å sikre gode pasientforløp(Helsetilsynet, 2016). Når det i de yrkesetiske retningslinjene understrekes at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, fordrer dette at de helseopplysningene en sykepleier skriver er av god kvalitet, slik at de på best mulig måte kan bidra til et forsvarlig tjenestetilbud og et helhetlig pasientforløp.

4.1.2 Tilstrekkelig informasjon i helseopplysninger

Når god kvalitet i helseopplysninger er definert som at kommunens behov for informasjon er oppfylt, altså tilstrekkelig informasjon, er det nødvendig å utforske hva tilstrekkelig informasjon faktisk er.

Faglig kvalitet er at sykepleieres handlinger er i samsvar med kunnskapsbasert praksis, som blant annet er basert på forskningskunnskap(Arntzen, 2014). Derfor vil det i dette temaet være naturlig som sykepleier å søke etter svar i forskningskunnskap.

I de forskningsartiklene jeg har funnet er det kun nevnt forskjellig informasjonsinnhold som er nødvendig i helseopplysninger. Dette er informasjon som medisinske opplysninger, pasientens historie, funksjonsnivå før og nå, og foreløpige sykepleiefaglige opplysninger(Brattheim et al., 2016; Handeland & Tveit, 2015; Paulsen et al., 2013). I to av studiene fremkommer det at det er mangelfull og ikke tilstrekkelig informasjon i samhandlingen med kommunen(Brattheim et al., 2016; Martens & Veenstra, 2015; Paulsen et al., 2013). Allikevel er det i studiene ikke gjort noe videre rede for hva som er tilstrekkelig informasjon, og hva sykepleiere bør tilstrebe når de skal skrive helseopplysninger. Når noen av forskningsartiklene påpeker at det er mangelfull

informasjon i helseopplysningene, mener jeg at forskningen også bør gjøre rede for hva tilstrekkelig og god informasjon er. Jeg ser det derfor som vanskelig for en sykepleier å kunne oppdatere seg selv gjennom forskning slik de yrkesetiske retningslinjene sier, når en skal undersøke hvilken informasjon kommunen trenger for å planlegge mottak av pasient.

I tilsynsveilederen er det presentert informasjonsinnhold som er nødvendig for at kommunen skal kunne planlegge tjenestetilbudet. I veilederen vises det til informasjon som helsesituasjon med diagnoser, behov for oppfølging fra fastlege/sykehus, spesielle forholdsregler, ev. behov for hjelp til legemiddelhåndtering, funksjonsnivå når det gjelder dagliglivets aktiviteter, ernæring, funksjonsnivå når det gjelder forflytning og gangfunksjon, behov for hjelpemidler, har pasienten med hjelpemidler?, hukommelse/kognitiv funksjon, bor pasienten sammen med noen?, behov for spesielt utstyr, pasientens egne ønsker og pasientens opplevde behov (Helsetilsynet, 2014).

Det informasjonsinnholdet tilsynsveilederen viser til er selve håndhevingen av minstekravene til helseopplysninger i betalingsforskriften. Derfor må en se på dette som tilsynsmyndighetenes krav for at en helseopplysning skal ha tilstrekkelig informasjon i praksis, og videre god kvalitet. Dette er den kilden jeg har funnet som har størst detaljeringsgrad for informasjonsinnholdet i helseopplysninger.

Etter egne erfaringer vil det ikke være naturlig for sykepleiere å lete i tilsynsveiledere, for å øke egen kunnskap innenfor dette temaet. Jeg ser det derfor som et problem at slik informasjon og kunnskap ikke er mer tilgjengelig for sykepleiere, spesielt når forskningen er så uklar. Det vil være vanskelig for en sykepleier å utvikle egen kunnskap, når det er liten tilgjengelighet og lite forskning på området.

4.2 Sykepleiers ansvar

Sykepleiere er i det pasientnære arbeidet, og det er de som skriver helseopplysninger om pasientene. Jeg vil i dette kapittelet ta for meg sykepleiernes ansvar innenfor å skrive helseopplysninger, og vurdere dette i lys av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og den øvrige litteraturen jeg har lagt til grunn.

4.2.1 Sette seg inn i egne plikter og rettigheter

Sykepleiere skal sette seg inn i egne plikter og rettigheter når et nytt arbeidsforhold innledes, og holde seg oppdatert om aktuelle endringer. Sykepleiere har også et personlig ansvar for at egen praksis er juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleiere på sykehus må derfor sette seg inn i de lover og forskrifter som regulerer deres fagområde. Helseopplysninger er spesielt regulert i betalingsforskriften og er dermed en plikt for sykepleiere å skrive. Har sykepleiere ikke satt seg inn i dette, kan de ikke vite om helseopplysninger de skriver er juridisk forsvarlige.

Betalingsforskriften viser til et minstekrav om hva helseopplysninger skal inneholde, og disse er generelt utformet og lite detaljerte. Den nærmere detaljeringen av kravet til helseopplysninger skal avtales i sykehus og tilhørende kommuners samarbeidsavtaler. Disse samarbeidsavtalene skal omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter. Det er derfor viktig for sykepleiere å sette seg inn i samarbeidsavtalene som er inngått, og de retningslinjer og prosedyrer som er utformet lokalt. Ledelsens ansvar for å innarbeide samarbeidsavtalene i praksis drøftes i punkt 4.3.2.

I tilsynet fremkommer det at det er ledelsens ansvar å sørge for implementering av avtalene, og å følge opp at avtalen følges i praksis (Helsetilsynet, 2016). Jeg mener allikevel at det ligger et personlig ansvar hos sykepleiere å sette seg inn i og følge avtalen i praksis. De yrkesetiske retningslinjene understreker dette ved at sykepleiere må sette seg inn i egne rettigheter og plikter, og oppdatere seg innenfor dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.2.2 Fremme gode samarbeidsforhold

Sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er en svært viktig del av samhandlingen mellom sykehus og kommune.

Forskningen viser at sykepleiere i sykehus og kommune har forskjellig pasientfokus, og ulik faglig tilnærming til pasientens helsetilstand (Brattheim et al., 2016; Gautun et al.,

2016). Sykehusets sykepleiere fokuserer på den delen av pasienten de skal utrede og helbrede, mens kommunenes ansatte fokuserer på funksjonsevne og individets samlede ressurser (Brattheim et al., 2016; Gautun et al., 2016). I Gautun et al. påpeker ansatte i kommunene at sykehusets ansatte burde vite mer om det kommunale tilbudet, og at partene trenger økt forståelse for hva hverandres synspunkter er (2016).

Paulsen et al. gir en forklaring på at denne asymmetrien oppstår. Studien trekker frem at behovet for god samhandling ligger hos kommunen, og at kommunen er avhengig av at sykehusets sykepleiere innhenter relevant og tilstrekkelig informasjon. Sykehusets sykepleiere på sin side er ikke avhengig av informasjonsinnhenting og samhandling med kommunen for deres arbeid på sykehuset (2013).

At en sykepleier skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold, fordrer at de samarbeidende partene danner en forståelse for den annen parts synspunkter og arbeid. Jeg mener derfor at det er viktig at sykepleiere på sykehus utvikler en forståelse for kommunens behov for informasjon om pasienten.

I samhandlingspraksis observerte jeg at mange av sykepleierne på sykehuset manglet forståelse for kommunens behov for informasjon. Pasientfokuset og innholdet i helseopplysningene var ofte preget av innleggelsesårsak og behandling av dette.

Ved at sykepleiere på sykehus får bedre kjennskap til kommunens helsetjenester, og hvilken informasjon de trenger for å gi en helhetlig helsetjeneste, vil de også kunne endre sitt pasientfokus og fremme gode samarbeidsforhold med kommunen. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge for dette tar jeg for meg i punkt 4.3.2.

4.2.3 Ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg

Sykepleiere har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I Handeland & Tveit fokuseres det på sykepleiere på sykehus sitt perspektiv. Studien viser at sykepleierne har et sterkt ønske om å sikre pasientens beste, og at pasientenes behov

ivaretas(2015). I både denne studien og Paulsen et al. fremkommer det at sykepleierne i stor grad prøver å påvirke beslutningen, selv om de i betalingsforskriften ikke har lov til dette(2015; 2013).

Fra egne erfaringer i praksis, var jeg aldri i tvil om at sykepleierne på sykehus hadde et sterkt ønske om å sikre pasientens beste. De virket ofte å engasjere seg i hvilket tjenestetilbud pasienten skulle få i kommunen. Jeg observerte et iboende engasjement hos sykepleieren for at pasientens behov skulle ivaretas, også etter utskrivelse.

Det må skilles mellom sykepleiers manglende forståelse for kommunens behov for informasjon, og sykepleiernes ønske om å sikre pasientens beste. Det at sykepleierne har manglende forståelse, handler om deres manglende kunnskap og kompetanse, men dette betyr ikke at sykepleierne ikke ønsker pasientens beste, også etter utskrivning.

Intensjonen til sykepleiere for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg er etter min mening tilstede. Det er sykepleiernes kunnskap, kompetanse og forståelse for kommunens helsetjenester som er kritikkverdig, ikke deres ønske om pasientens beste.

Det er derfor viktig at sykepleierne har bedre forståelse for kommunens helsetjenester, slik at de kan ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg på best mulig måte. På denne måten forskyver de pasientfokuset fra sin egen organisasjons helbredende og utredende fokus, til et mer helhetlig pasientfokus.

4.2.4 Effektivitetskrav

Det stilles visse effektivitetskrav til sykepleiere som innhenter informasjon og skriver helseopplysningene. Et effektivitetskrav er kravet som stilles gjennom betalingsforskriften; at helseopplysningene skal sendes innen 24 timer etter at pasienten er innlagt(Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011).

I Handeland & Tveit vises det til at dette effektivitetskravet begrenser sykepleiernes mulighet for skjønnsutøvelse. Sykepleierne som er intervjuet i studien mener kravet om sendt varsel innen 24 timer reduserer deres mulighet til å etablere en relasjon til pasienten, og må distansere seg fra pasienten, for å oppnå effektivitetskravet. I studien fremkommer

det videre at dette vil redusere sykepleiers mulighet til å etablere en solid forståelse for pasienten(2015).

I oppsummeringen av tilsynet vises det til at de fleste helseforetakene sendte helseopplysningene innen 24 timer, men at informasjonen i disse var mangelfull(Helsetilsynet, 2016). Gjennom forståelse av Handeland & Tveit kan en se at effektivitetskravet reduserer kvaliteten i helseopplysninger(2015). Om effektivitetskravet reduserer sykepleiers mulighet for å etablere en solid forståelse av pasienten, kan dette videre føre til at sykepleiere ikke innhenter den informasjon de trenger, og dermed gir mangelfull informasjon.

Dette er allikevel et krav fastsatt i forskrift, og er noe sykepleiere må forholde seg til. Fristen på 24 timer er viktig fordi kommunen skal ha tid til å planlegge og forberede mottak av pasient.

Orvik definerer effektivitet som å gjøre de riktige tingene, ved å dekke pasientens behov for hjelp på prioriterte områder slik at ressursbruken bidrar til bedre helse(2015). Dette betyr at effektivitetskravet ikke bare inkluderer tidsrammene, men også at man gjør de riktige tingene i løpet av denne tiden. For å gjøre de riktige tingene må sykepleiere ha kunnskap og kompetanse om hva som er tilstrekkelig og nødvendig informasjon for kommunen til å planlegge mottak av pasient.

Ved at sykepleiere har økt kunnskap og kompetanse om dette, vil den tid sykepleiere har til disposisjon bli brukt til å innhente den riktige informasjonen som trengs, og dermed vil muligheten for å gi tilstrekkelig og nødvendig informasjon innen fristen på 24 timer være større.

4.2.5 Elektronisk kommunikasjon

Samhandlingsreformen hadde som målsetting at elektronisk kommunikasjon skulle være den normale måten å kommunisere på(St.meld nr. 47(2008-2009), 2009). Både forskningen og tilsynet viser at denne målsetningen ikke er oppnådd. Både sykepleierne på sykehus og saksbehandlerne i kommunen må supplere med dialog gjennom telefonsamtaler for å gi og innhente tilstrekkelig informasjon for å planlegge og forberede

mottak av pasienten i kommunen (Brattheim et al., 2016; Helsetilsynet, 2016; Paulsen et al., 2013).

Pulsen et al. er en studie gjennomført før elektronisk kommunikasjon ble innført. I studien diskuteres muligheten for redusert informasjonskvalitet, hvis elektronisk kommunikasjon ble normalen i samhandling mellom sykehus og kommune. De så for seg at de forskjellige pasientfokusene hos sykehus og kommunehelsetjeneste kunne bli en utfordring i den elektroniske informasjonsutvekslingen (2013). Forskningen og tilsynet viser at denne hypotesen har blitt virkelighet (Brattheim et al., 2016; Helsetilsynet, 2016; Martens & Veenstra, 2015).

Slik den elektroniske samhandlingen på tvers av nivåer er utformet i dag, må sykepleiere på sykehus ofte belage seg på å bruke telefondialog som en supplerende kommunikasjonsmetode.

Ved bruk av telefondialog kan sykepleiere få en mer personlig relasjon til saksbehandleren. Direkte dialog bidrar til en større detaljeringsgrad, fleksibilitet og umiddelbarhet i informasjonsoverføringen (Paulsen et al., 2013). Det som er negativt med direkte dialog, er hvis dette ikke dokumenteres. Med vaktordningene på sykehus, vil det ikke bare være én sykepleier som er ansvarlig for den aktuelle pasienten, men flere. Derfor må sykepleiere sørge for å dokumentere den direkte dialogen, slik at andre ansatte får tilgang til den samme informasjonen. Dersom dette ikke gjøres, blir det vanskeligere for andre sykepleiere å være oppdatert, og videreføre den informasjonen som allerede er gitt, og det vil gjøre det vanskelig for saksbehandlere å føre en kontinuerlig dialog med de ansatte på sykehuset.

4.3 Politisk og organisatorisk ansvar

Helseopplysninger er fastsatt i nasjonale føringer etter en politisk reform. Ansvar for å utforme retningslinjer og prosedyrer for helseopplysninger ligger hos helseforetakenes ledelse. Jeg vil derfor i dette kapittelet gjøre rede for det politiske og organisatoriske ansvaret for å bedre kvaliteten i helseopplysninger.

4.3.1 Lovpålagt veiledningsplikt

Spesialisthelsetjenesten har gjennom lov veiledningsplikt overfor kommunen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Kommunen har ikke gjensidig lovpålagt veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsformen har ført til en gradvis overføring av flere og nye oppgaver til kommunen (Gautun et al., 2016). Spesialisthelsetjenesten har kompetansen som kommunen trenger for å utføre disse oppgavene. Derfor er det viktig at spesialisthelsetjenesten har plikt til å veilede kommunen. På denne måten skjer det en kompetanseoverføring og kompetanseheving i kommunen i takt med utviklingen. I Martens & Veenstra angir tre av fire kommuneinformanter at det ikke er noe problem å få kompetanseheving og opplæring fra sykehuset (2015). Dette viser at veiledningsplikten har ført til gode muligheter for kompetanseheving i kommunen.

Samhandlingsreformen har også ført til nye oppgaver for sykepleiere på sykehus. Sykepleierne har fått en mer koordinerende rolle, hvor samhandling med kommune spiller en større rolle (Orvik, 2015). Fra egen erfaring i samhandlingspraksis så jeg at samhandlingen med kommune opptok store deler av en sykepleiers arbeidsdag.

I Martens og Veenstra påpekes det at sykehuset burde vite mer om det kommunale tilbudet, og at partene trenger økt forståelse for hverandres synspunkter (2015). Fra egne praksiserfaringer savnet jeg opplæring av sykepleierne på sykehuset om kommunens tilbud, og hva slags informasjon kommunen trengte. Jeg fikk vite av koordineringstjenesten i kommunen at det ikke var noen fast kursing eller opplæring fra deres side for å overføre denne kompetansen til personalet på sykehuset.

Det er en asymmetri i kompetanseoverføringen mellom sykehus og kommune. Sykehusene har pålagt veiledningsplikt overfor kommunen, men kommunen har ingen tilsvarende veiledningsplikt overfor sykehuset. Sett i lys av den mangelfulle informasjonen i helseopplysninger til kommunene, er det mangel på kompetanse hos sykepleiere på sykehus. Når det i Martens & Veenstra konkluderes med at manglende kompetanseoverføring skyldes de nasjonale føringene, stiller jeg spørsmål ved hvorfor det ikke er en gjensidig lovpålagt veiledningsplikt (2015).

Den nasjonale veilederen for samarbeidsavtaler understreker at gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp(Helse-og omsorgsdepartementet, 2011). Dette kan det synes motstridende til hvordan veiledningsplikten er lovregulert i dag.

Ved at kun er sykehusene har lovpålagt veiledningsplikt, gis det et inntrykk av at det kun er sykehusene som har kompetansen verdt å veilede om, og ikke kommunen. Ved å skape en gjensidig veiledningsplikt, kan dette føre til kompetanseheving hos sykepleiere på sykehus, og dermed bedre kvalitet i helseopplysninger.

4.3.2 Gjensidig kunnskapsoverføring i samarbeidsavtalene

I Helse- og omsorgstjenesteloven §6-2 stilles det krav til at samarbeidsavtalene skal inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring(2011). Siden det ikke er en gjensidighet lovpålagt veiledningsplikt er dette ekstra viktig.

Forskning og tilsyn viser at informasjonen i helseopplysningene er mangelfull, og sykepleiere på sykehusene trenger mer kunnskap om kommunens tilbud(Brattheim et al., 2016; Helsetilsynet, 2016; Martens & Veenstra, 2015; Paulsen et al., 2013). Dette kan tyde på at samarbeidsavtalene ikke i tilstrekkelig grad ivaretar kravet til gjensidig kunnskapsoverføring.

De yrkesetiske retningslinjene understreker at ledere for sykepleiertjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling(Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er derfor viktig at samarbeidsavtalene gir tydelige retningslinjer om gjensidig kunnskapsoverføring. Dette kan øke sykepleiernes kompetanse og føre til bedre kvalitet i helseopplysningene.

Jeg har tidligere gjort rede for sykepleieres ansvar å øke sin egen kompetanse og kunnskap innenfor helseopplysninger, og kommunens behov for informasjon om pasienten. Det er viktig at dette kan gjøres innen arbeidstidens rammer. Når ledelsen skal skape rom for fagutvikling på arbeidsstedet, er det viktig å skape arenaer for dette. Dette kan være kurs/opplæring med representanter fra kommunen tilstede, uformelle møtearenaer hvor

representanter fra de forskjellige partene kan diskutere egne og hverandres synspunkter, og opplæring av samarbeidsavtalenes innhold.

4.3.3 Innarbeide samarbeidsavtalene i praksis

Samarbeidsavtalene skal blant annet omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I den nasjonale veilederen fremkommer det at samarbeidsavtalene bør beskrive hvordan partene vil innfri kravene fastsatt i betalingsforskriften(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Ledelse i både kommuner og helseforetak skal derfor i samarbeidsavtaler utarbeide rutiner og retningslinjer for helseopplysninger, siden dette er en del betalingsforskriften.

Ledelsen er ansvarlig for å sikre at de ansatte utfører og kan utføre pliktene sine i samsvar med myndighetskrav, avtalte rutiner og prosedyrer(Arntzen, 2014). Det er derfor viktig at samarbeidsavtalen implementeres i praksis, og at sykepleiere får kjennskap til dens innhold om rutiner og prosedyrer for utskrivning av pasienter.

I tilsynet fremkom det at det var stor variasjon i om, og hvor godt, de ansatte kjente de inngåtte samarbeidsavtalene. I mange virksomheter var ikke avtalene godt nok innarbeidet i praksis og utformede prosedyrer var ikke godt nok implementert(Helsetilsynet, 2016). Dette kan ha stor innvirkning på kvaliteten i arbeidet sykepleiere gjør. Helsepersonellens kunnskap og kompetanse er blant de sterkeste virkemidlene for å bedre kvalitet(Arntzen, 2014). Når ledelsen ikke sørger for at sykepleierne får den kunnskapen de trenger om samarbeidsavtalene, kan dette ha store konsekvenser for kvaliteten i helseopplysningene.

For å bedre kvaliteten i helseopplysninger sykepleiere skriver, må helseforetakene innarbeide samarbeidsavtalene i praksis, for å øke sykepleiernes kunnskap om hvilket behov for informasjon kommunehelsetjenesten har.

4.3.4 Avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedring

Sykepleiere skal kontinuerlig evaluere sin egen praksis i lys av gjeldende kvalitetsstandarder (Arntzen, 2014). Kvalitetsstandardene for helseopplysninger vil være i de retningslinjene helseforetak og kommune har utarbeidet i samarbeidsavtalene.

Prosedyrer og retningslinjer utøves ikke alltid som forutsatt, og det er da viktig som sykepleier å håndtere uønskede hendelser eller avvik (Bjoro & Kirkevold, 2014). Når avvik defineres som mangel på oppfyllelse av spesielle krav, vil det i helseopplysninger være avvik dersom retningslinjene for kommunens informasjonsbehov ikke er oppfylt.

I de tilfellene hvor samarbeidsavtalene ikke er innarbeidet i praksis, og sykepleierne ikke har kjennskap til hva disse inneholder, vil det være vanskelig for sykepleiere å kunne evaluere sin egen praksis i lys av gjeldende kvalitetsstandarder. Sykepleiere vil da heller ikke vite hva de skal forvente av den samhandlende part, og det vil være uklart hva som er avvik i samhandlingen, og hva som burde rapporteres (Helsetilsynet, 2016).

Når samarbeidsavtalene er innarbeidet i praksis, er det ledelsens ansvar å etablere en kultur som preges av tillit, der den enkelte medarbeider tør å melde fra om feil som er begått, og der de har rett til å lære av svikt på en trygg måte (Arntzen, 2014; Bjoro & Kirkevold, 2014). Dette belyses også i tilsynet da det fremkommer at ledelsen må synliggjøre viktigheten av avviksmeldinger, og at avvik ikke er kritikk, men et bidrag til at samhandlende tjenester kan forbedre sine tjenester (Helsetilsynet, 2016).

I tilsynet fremkommer det at ledelsene hadde manglende oppmerksomhet rettet mot feil og svakheter, og at dette i mange tilfeller førte til at feilene ikke ble oppdaget, ikke rettet og praksis fortsatte som før (Helsetilsynet, 2016). I lys av den dårlige kvaliteten på helseopplysninger, i mye av forskningen jeg har funnet og i tilsynet, vil dette kunne være grunnet i ledelsens manglende oppmerksomhet rettet mot feil og avvik i samhandlingen mellom sykehus og kommune.

4.3.5 Standardiserte retningslinjer eller fritekst

I tilsynsveilederen fra helsetilsynet fremkommer det at det bør foreligge en form for sjekkliste for hvilke opplysninger kommunen må ha for å vurdere hjelpebehovet til

pasientene(Helsetilsynet, 2014). Dette viser at en mer standardisert fremgangsmåte i innhenting av informasjon om pasienter er foretrukket.

I Brattheim et al. trekkes det frem at de PLO- meldingene som anvendes i overføring av informasjon fra sykehus til kommune, er basert på standard innholdselementer hvor en skal skrive informasjonen i fritekst(2016). Dette er altså ikke en standardisert modell hvor man bruker sjekklister for innhenting av informasjon, men en modell der en er avhengig av at sykepleiere har kunnskap og kompetanse til å innhente tilstrekkelig og nødvendig informasjon for kommunen.

Dette viser at det er stor forskjell i hva som er den foretrukket fra politisk standpunkt, og hvordan det faktisk er i praksis.

I Brattheim et al. fremkommer det at sykepleierne opplevde bruken av fritekst som utfordrende, da det var store individuelle forskjeller i hvordan sykepleierne fylte ut meldingene. De individuelle forskjellene kunne gjøre at sykehusets dokumentasjon fremstod som noe ufullstendig for kommunen. Studien etterlyser en mer standardisert modell for sykepleiernes journalføring, for at helsepersonell skal kommunisere på et omforent fagspråk på tvers av nivåer(2016).

Jeg har ikke funnet forskning som tar for seg standardiserte modeller for innhenting av informasjon om pasienter. I Brattheim et al. vises det til at 99% av kommunene (per. 2015) brukte PLO-meldinger i elektronisk kommunikasjon(2016). Dette viser at standardiserte modeller eller sjekklister ikke er brukt i praksis på landsbasis, men at det heller brukes fritekst.

Sett i lys av at mange av studiene vises at det er mangelfull informasjon i helseopplysningene, og at sykepleiere ser på bruk av fritekst som en utfordring, samt at det er etterlyst standardiserte modeller både i forskning og foretrukket politisk, vil det etter min vurdering være relevant å vurdere om samarbeidsavtalene allikevel burde utforme standardiserte modeller for innhenting av informasjon til helseopplysninger.

4.4 Samhandling i sykepleierutdanningen

En viktig del av en sykepleiers kunnskap og kompetanse, er det man lærer i utdanningen til å bli sykepleiere.

Hellesø et al. trekker frem at de helsepolitiske, teknologiske og demografiske endringene i sykepleieres arbeid endrer seg raskere enn endringene i sykepleierutdanningen. Som konsekvens av vil det være arbeidsforhold for sykepleier i praksis ikke bli tematisert under utdanning(2016).

Sykepleierens arbeidsoppgave med å skrive helseopplysninger, og generelt samhandlingen på tvers av nivåer, er ikke en arbeidsoppgaver sykepleierutdanningen har lagt stort fokus på i min utdanning de siste tre årene. Samhandlingspraksisen jeg var i, var en praksis som var valgfri. Det er altså ingen selvfølge at utdannede sykepleiere har den kunnskap og kompetanse som jeg har om samhandling.

Min erfaring er at sykepleierutdannelsen har hatt stort fokus på det pasientnære arbeidet. Dette er selvfølgelig en viktig og stor del av sykepleieres arbeidsoppgaver. Sett i lys av teknologiutviklingen, og økning i antall personer som er involverte i behandlingsforløpet i praksis, skjer det imidlertid en naturlig forskyvning fra det pasientnære arbeidet til oppgaver av en mer organisatorisk karakter(Hellesø et al., 2016). Det er derfor viktig at sykepleierutdanningen endrer seg i takt med denne utviklingen.

Etter min erfaring, og i lys av funn i både forskning og tilsyn, hvor det vises til mangelfull kompetanse hos sykepleiere på sykehus, viser dette at sykepleierutdanningen ikke har endret seg i takt med utviklingen i sykepleiers arbeidsoppgaver i praksis.

Rammeplanen for sykepleierutdanningen inneholder blant annet kompetanse om samhandling generelt. Dette viser at utdanningen skal ha et slikt innhold. Min vurdering er at dette ikke oppfylt i praksis. Dette er bekymringsverdig, da studentene ikke vil være forberedt og ha en grunnleggende kunnskap om flere av arbeidsoppgavene de vil møte i praksis, som sykepleier på sykehus.

5 Konklusjon

God kvalitet i helseopplysninger er at behovet for informasjon hos saksbehandlerne i kommunen er oppfylt. Forskningen viser at sykepleieres kunnskap om kommunehelsetjenestens behov for informasjon er dårlig. I oppgaven har jeg vist at lovverket er generelt og lite detaljert, forskningen er uklar, og samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune er lite innarbeidet i praksis. Den mest detaljerte kilden for kommunehelsetjenestens behov for informasjon er i tilsynsveilederen (Helsetilsynet, 2014). Dette viser at denne kunnskapen er lite tilgjengelig for sykepleiere.

Av denne grunn er det særlig viktig at ledelsen av helseforetakene ivaretar sitt ansvar for å skape tilgjengelighet for kunnskapsinnhenting, rom for fagutvikling og innarbeiding av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Videre er det viktig at kunnskaps- og kompetanseutvikling i sykepleierutdanningen utvikler seg i takt med de helsepolitiske, teknologiske og demografiske endringene i sykepleieres arbeid, for å forberede studentene for de arbeidsoppgaver de vil møte som sykepleier på sykehus.

Sykepleiernes kunnskap og kompetanse er blant de viktigste virkemidlene i arbeidet for å bedre kvalitet. Sykepleiere kan sikre god kvalitet i helseopplysninger, gjennom å øke sin kunnskap og kompetanse om kommunehelsetjenestens behov for informasjon om pasienten. Slik helsetjenesten er utformet i dag vil det være vanskelig for sykepleiere å tilegne seg ny kunnskap innenfor dette området. Derfor bør det gjøres endringer i lovverket, helseforetakenes fokus på kompetanseoverføring og kunnskapsutvikling hos sykepleiere, samt i sykepleierutdanningen for at kvaliteten i helseopplysninger skal bli god.

Litteraturliste:

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronismeldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning* 11(1), 26-33. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskriving-av-pasienter-fra-sykehus>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=forskrift%20om%20kommunal%20betaling>
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskriving av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88-93. Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/02/samarbeidsavtaler_og_samarbeid_om_utskriving_av_pasienter
- Handeland, J. A., & Tveit, B. (2015). ”Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!”. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 35-48. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3478>
- Hellesø, R., Larsen, S., Obstfelder, A., & Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? *Sykepleien* 104(8), 58-60. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/hva-er-sykepleie>
- St.meld. nr. 47(2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2014). *Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten: Helseopplysninger (v1.6)*. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS_1144_2014_PLO-helseopplysninger.pdf
- Helsetilsynet. (2014). *Veileder for landsomfattende tilsyn 2015. Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapp_ort1_2016.pdf
- Helsetilsynet. (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapp_ort1_2016.pdf
- Bjoro, K. & Kirkevold, M. (2014). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar, Bind 1*(343-383, 2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Martens, C. T. & Veenstra, M. (2015). *Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune – fra dialog til avviksmelding?*(NOVA rapport 9/15). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Samarbeidsavtaler-mellom-helseforetak-og-kommune>

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

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Paulsen, B., Romøren, T. L., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13. Hentet fra <http://ijic.ubiquitypress.com/articles/10.5334/ijic.858/galley/1974/download/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>

Støren, I. (2010). *Bare søk!: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269376-rammeplan_for_sykepleierutdanning_05.pdf