



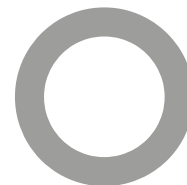
UTFORDRER SYKEPLEIE-KONTINUITETEN

Hindring. Viktig informasjon relatert til sykepleie formidles ikke i elektronisk innleggsrapport.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2015.0003



Marion Nordberg, Spesialsykepleier i geriatri, Avdeling for geriatri, St. Olavs Hospital.

Samhandlingsverktøyet Elin-k (Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten kommune) gir muligheter for mer effektiv og sikker formidling av informasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og er i så måte et framskritt med tanke på administrativ kontinuitet. Måten innleggsrapporten er utformet på, med standardisert administrativ terminologi, kodet informasjon og manglende sykepleieinformasjon, gjør derimot at den informative kontinuiteten ivaretas i mindre grad. Når dette medfører at sykepleierne må innhente nødvendig informasjon om pasientene via omveier, kan det få konsekvenser for den relasjonelle kontinuiteten. Elektronisk innleggsrapport fører med dette ikke automatisk til gevinster i form av kvalitetssikring av informasjonsutvekslingen, effektivitet og frigjøring av mer tid til pasientene.

INNLEGGESRAPPORT. Prosjektet Elin-k ble initiert av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund (KS). Sentralt i prosjektet har vært utvikling av elektroniske, standardiserte løsninger for informasjonsutvekslingen, og kommunikasjon mellom helsepersonell per telefon eller

papir er erstattet med elektronisk dialog gjennom såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (1).

Innleggsrapporten er en av flere PLO-meldinger, og denne skal oversendes spesialisthelsetjenesten når pasienter som mottar kommunale tjenester har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus. Som sykepleier ved geriatrisk avdeling, St. Olavs Hospital, har jeg observert at den standardiserte elektroniske innleggsrapporten fra kommunehelsetjenesten er preget av administrativ terminologi for pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg består opplysningene av kodet informasjon i form av funksjonsvariable og antall timer per uke i eksisterende tjenester. Sykepleiefaglig samhandlingsinformasjon formidles ikke, verken i standardisert form eller fritekst, når pasienter med til dels omfattende pleie- og omsorgsbehov legges inn i sykehus.

FRAGMENTERING. Geriatriske pasienter har ofte komplekse utfordringer (2) og er spesielt utsatt for fragmentering av omsorgen ved overføring mellom tjenestenivåer (3). Det er derfor vesentlig at eksisterende pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten formidles ved innleggelse i sykehus. Dette vil være i samsvar med helsevesenets overordnede mål om å sørge for kontinuitet i omsorg og behandling av

pasientene på alle nivåer av helse-tjenesten (4,5).

Innleggsrapportens innhold i form av administrativ terminologi og kodet informasjon, gjør at sykepleierne ved geriatrisk avdeling må skaffe til veie sykepleiefaglig informasjon om pasientene via omveier, noe som kan påvirke sykepleiernes tidsressurs (6). Dette er forhold som kan få følger for sykepleiekontinuiteten, og er ikke i samsvar med målet for elektronisk samhandling via Elin-k, som er å skape bedre samhandling, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsutvekslingen, for på den måten å frigi mer tid til direkte arbeid med pasientene (1,7). Med dette som utgangspunkt vil jeg drøfte følgende problemstilling:

På hvilken måte kan innholdet i elektronisk innleggsrapport utfordre sykepleiekontinuiteten ved innleggelse av pasienter med geriatriske problemstillinger i spesialisthelsetjenesten?

KONTINUITET. I kommunehelsetjenesten finnes det flere pasienter med geriatriske problemstillinger (8), det vil si pasienter med utfordringer på områdene kognisjon, ustabilitet, forflytningsproblemer, fall, ernæring og inkontinens (2). Disse pasientene legges inn i sykehuset fra kommunen ved akutt sykdom. Mange har et stort behov for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

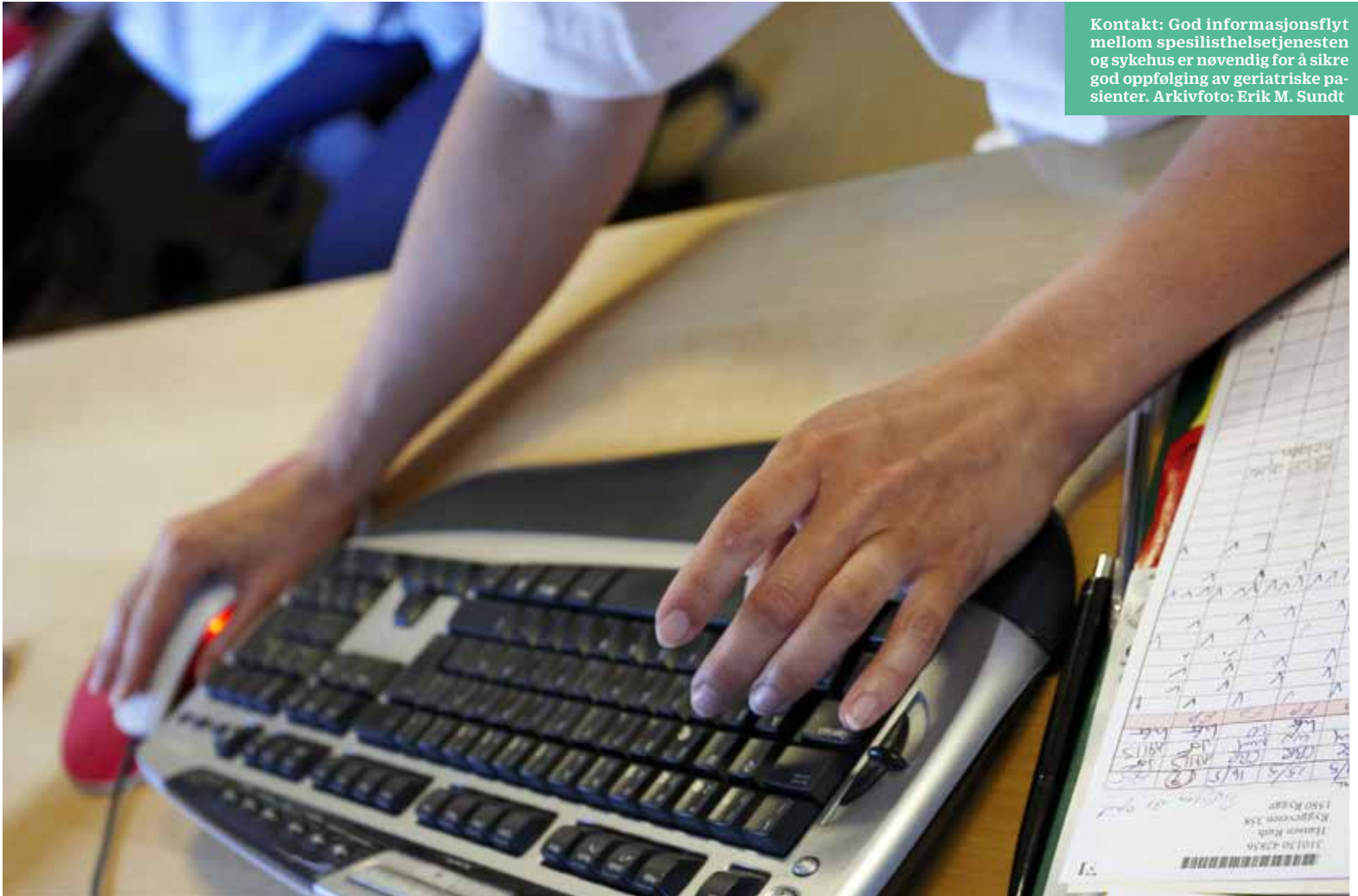
Elektronisk innleggsrapport inneholder ikke relevant sykepleiefaglig informasjon ved innleggelse av geriatriske pasienter i sykehus. Det er behov for en forbedring av innholdet, slik at innleggsrapporten får en nytteverdi for sykepleiere i direkte pasientarbeid.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Informasjon
- Informasjonsteknologi
- Sykepleie

Kontakt: God informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og sykehus er nødvendig for å sikre god oppfølging av geriatriske pasienter. Arkivfoto: Erik M. Sundt



individuell tilrettelagt sykepleie før innleggelsen, og dette behovet er fortsatt til stede idet pasientene ankommer sykehuset.

Begrepet kontinuitet brukes ofte i helsepolitisk retorikk som en forutsetning for kvalitet i helsetjenesten (9), og betydningen av kontinuitet for eldre pasienter har vært framhevet (10). Kontinuitet innen sykepleie handler om overføring av informasjon mellom sykepleiere, slik at man kan opprettholde en konsistent pleie- og omsorg. Denne skal være individuelt tilpasset pasienten når han eller hun opplever helsesvikt

og sykdom. Haggerty m.fl. identifiserer tre typer kontinuitet; administrativ (management), informativ (informational) og relasjonell (relational) (11). Administrativ kontinuitet innebærer formidling av informasjon på tvers av for eksempel institusjonelle grenser. Informativ kontinuitet handler om å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid slik at man kan ivareta omsorg og behandling for den enkelte pasient. Relasjonell kontinuitet handler om det terapeutiske forholdet mellom pasienten og en eller flere helsepersonell (10,11).

«Kommune og helseforetak er gjensidig forpliktet til å sikre gode pasientforløp.»

METODE. Studien er basert på systematiske søk etter litteratur fra år 2000 til år 2014 i PubMed. Søk på begrepene «continuity» AND «care» ga 236 treff. Jeg inkluderte

artikkelen «Continuity of care: a multidisciplinary review», skrevet av Haggerty et.al (11), som løfter fram sentrale momenter vedrørende begrepet kontinuitet. Dette er en oversiktsartikkel som anses både pålitelig og relevant for min problemstilling. I tillegg har jeg funnet bakgrunns litteratur gjennom systematiske søk i databasen Medline, og det ble også funnet generell litteratur gjennom usystematiske- og manuelle søk.

Jeg ønsker å drøfte Haggertys begrep om henholdsvis administrativ,





informativ og relasjonell kontinuitet opp mot de utfordringene jeg har observert i forbindelse med elektronisk innleggingsrapport. Dersom Haggertys definisjon av kontinuitet ses i konteksten informasjonsutveksling via elektronisk innleggingsrapport fra kommunehelsetjenesten til geriatrisk avdeling, kan en se for seg følgende: Elin-k-systemet som *formidler* informasjon på tvers av tjenestenivå kan representere administrativ kontinuitet. *Innholdet* i innleggingsrapporten kan representere informativ kontinuitet, og sykepleierens *tid til direkte pasientarbeid* kan representere relasjonell kontinuitet. Haggertys rammeverk for kontinuitet utfyller hverandre, og mangler på et område vil kunne påvirke andre områder. Sykepleierne disponerer en tidsressurs (6) som de ivaretar fordelt mellom disse tre typene kontinuitet.

SAMHANDLING. Kommune og helseforetak er gjensidig forpliktet til å sikre gode pasientforløp (12). Samhandlingen mellom nivåene i helse-tjenesten har i lengre tid bydd på utfordringer, og både ved innleggelse i og utskrivelse fra sykehus er det rapportert om mangler og uklarheter i den sykepleiefaglige informasjonsutvekslingen (10).

Disse samhandlingsproblemerne er derfor løftet opp som et satsingsområde (13), noe som har ført til utvikling av ny informasjonsteknologi (14) i form av samhandlingsverktøyet Elin-k. Elin-k som verktøy for formidling av relevant og korrekt pasientinformasjon mellom helsepersonell er et viktig virkemiddel for å nå målet om kontinuitet i helsetjenestene (1,9).

Kommune- og spesialisthelsetjenesten har to ulike inkompatible systemer for elektronisk pasientjournal (EPJ), og Elin-k muliggjør kommunikasjon mellom disse systemene. Dette kan bidra til å bedre kontinuiteten i informasjonsutvekslingen (15). Å kommunisere gjennom én kanal kan sikre at sykepleieinformasjon mottas, lagres og behandles på en trygg måte. Dette reduserer risikoen for motstridende og tvetydige data, noe som kan få negative følger

for pasientomsorgen (16).

ELIN-K. Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren (KITH) har laget en retningslinje for obligatorisk innhold i innleggingsrapporten. Det obligatoriske innholdet omfatter diagnoser, medikamenter, kommunale tjenester, IPLOS-kartlegging, kritisk informasjon, reserverasjoner, pårørende, helsekontakt og sykepleieopplysninger (1).

Gjennom Elin-k er det dermed lagt til rette for at informasjon relatert til sykepleie skal formidles, men i feltet «Sykepleieopplysninger» står følgende standardisert informasjon oppført i samhandlingen med for eksempel Trondheim kommune: «Er bandasjemateriell og engangsutstyr sendt med pasienten? Ja/Nei», «Trenger hjelp til legemiddeladministrering: Ja/Nei» og «Endring i funksjonsnivå? Ja/Nei». Sistnevnte besvares ikke, til tross for at dette har høy grad av relevans for geriatrisk behandling (2).

Det er mulig for kommunehelsetjenesten å sette inn informasjon relatert til sykepleie i fritekst. Min erfaring er at informasjon om pasientens eksisterende pleie- og omsorgsbehov ikke formidles ved innleggelse i geriatrisk avdeling. Dette kan få følger for den informative kontinuiteten.

IPLOS. I innleggingsrapporten er pasientens eksisterende tjenester beskrevet med administrativ terminologi for pleie- og omsorgstjenesten, og omfanget av tjenestene er kodet i form av timer per uke. Eksempelvis kan det være «Praktisk bistand person: 16,83 timer/uke» og «Hjemmesykepleie: 0,42 timer/uke».

Pasientenes funksjonsnivå kommuniseres gjennom individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Sentrale myndigheter har pålagt kommunene å benytte IPLOS for å beskrive pasientens ressurser og bistandsbehov, og hver bistandsvariabel graderes fra 1–5. Tallet 1 står for «utgjør ingen problem», mens tallet 5 betyr «fullt bistandsbehov» (17). I kommunehelsetjenesten kan det se ut som om en del sykepleiere har

vanskelig for å se nytten av IPLOS i sitt arbeid (18). Dermed er det grunn til å stille spørsmål ved om sykepleierne i spesialisthelsetjenesten kan omsette disse tallene slik at de får en praktisk nytteverdi. IPLOS kan oppfattes som et lite hensiktsmessig verktøy i forhold til direkte arbeid med pasienter

(18), fordi tallene ikke sier noe om hvilke problemstillinger sykepleiere hjelper pasienten med, hva de utfører av oppgaver og hvilke resultater sykepleierne oppnår i kommunehelsetjenesten (19).

AKUTT SYKDOM.

Når eldre med mange kroniske sykdommer blir akutt syke, skjer det ofte et fall i funksjon, og pasienten får en nedsatt evne til å greie seg selv i daglige aktiviteter (ADL). Derfor er god dokumentasjon av fysisk og mental funksjon hos eldre ved overføring til sykehus viktig, da endring i funksjon kan være tegn på akutt sykdom (2,10).

I en tid med vekt på helsefremming (5), formidles ingen av pasientens ressurser i innleggingsrapporten. Sykepleieren skal, i tillegg til å ivareta pasientens grunnleggende behov ved helsesvikt og sykdom, også fremme helse og gjenvinne selvstendighet (20). Derfor bør innleggingsrapporten ha fokus på gjenværende ressurser slik at disse kan styrkes allerede fra dag én ved innleggelse i sykehus (21). Målet er at pasienten skal tilbake til det samme funksjonsnivå som før den akutte sykdommen, og det forutsetter et godt bilde på tidligere funksjon. Denne informasjonen kan man vanskelig få kun gjennom IPLOS-tall.

HULL. Manglende overføring av relevant sykepleiefaglig informasjon fra kommunehelsetjenesten kan gi «huller» eller såkalte «gaps» i utøvelsen av sykepleie til geriatriske pasienter. Dette kan i verste fall føre til mangelfull pleie og omsorg. Slike «gaps» er utilsiktede og kan ofte forekomme ved forandring, som ved

«Et standardisert system er velegnet for formidling av enkelte typer informasjon.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

innføring av ny teknologi (22). Sykepleierne tetter «informasjonshullet» for å unngå uheldige konsekvenser for pasientene, og går omveier for å skaffe adekvat informasjon (23).

Når sykepleiefaglig samhandlingsinformasjon mangler, kan det være vanskelig å se at elektronisk innleggelsesrapport tilfredsstiller kravene om å bli et redskap for bedre sykepleiefaglig pasientomsorg ved geriatrisk avdeling (14). For når innleggelsesrapporten ikke inneholder relevant informasjon relatert til sykepleie, må sykepleierne etterspørre informasjon fra kommunehelsetjenesten, enten via elektronisk forespørselsmelding eller per telefon. Dette kan få konsekvenser for tidsressursen sykepleierne forvalter (6), og kan føre til mindre tid til å ivareta relasjonell kontinuitet gjennom pasientnært arbeid.

PASIENTOMSORG. Kjennskap til pasienten og tilstrekkelig tid henger sammen når det gjelder å sikre relasjonell kontinuitet. Kjernen i pasientomsorgen er handlinger som skjer direkte mellom pasient og helsepersonell, og pasienttid handler om å ha nok tid i hjelperelasjoner. Fra et sykepleieperspektiv er tid en betingelse for å ivareta faglig ansvar, og verdien av tid kommer tydelig til uttrykk i pasientrelasjoner, hvor individuelle fysiske og psykologiske forhold hos pasientene ivaretas av sykepleierne gjennom hele døgnet (6).

Standardisering av innleggelsesrapporten handler om å sikre at innholdet holder et høyt kvalitetsnivå, og ideen er at informasjonsutvekslingen skal forløpe så effektivt som mulig. Å standardisere relevant informasjon og sende det elektronisk i innleggelsesrapporten, vil gi en raskere tilgang på informasjon (16). Dette er hensiktsmessig. Et standardisert system er velegnet for formidling av enkelte typer informasjon, som medikamenter og kritisk informasjon (24). Dette formidles også i innleggelsesrapporten via Elin-k (1). Men det kan framstå som utfordrende når komplekse omsorgsbehov hos pasienter med geriatriske problemstillinger blir redusert til målbare størrelser som lar seg standardisere og tallfestes i den elektroniske innleggelsesrapporten. Denne informasjonen er trolig først og fremst nyttig for kommunal forvaltning, og ikke for helsepersonell som jobber nær pasientene.

KOMMUNIKASJON. Pasienter har en lovfestet rett til kontinuitet i helsehjelpen, noe som betyr at helsepersonell må kommunisere på et språk som sikrer felles forståelse (25). Administrativ terminologi og kodet informasjon kan vanskelig sikre denne forståelsen, og det ivaretar ikke pasientens rett til kontinuitet av sykepleie. Winthereik og Vikkelsø hevder at en stor grad av standardisering i meldinger vil kunne føre til at

dokumenter blir mer et organisatorisk verktøy framfor et klinisk verktøy med nytteverdi for utøverne. De ser viktigheten av at dokumenter, som for eksempel innleggelsesrapporter, også innehar fritekst slik at informasjonen har klinisk nytte for brukerne. For stor grad av standardisering, administrativ terminologi og kodet informasjon kan undergrave kontinuiteten av sykepleiefaglig informasjon på tvers av nivåer. Dette vil videre undergrave kvaliteten på omsorg og behandling til pasientene (23), fordi omsorgsarbeid ikke alltid så lett lar seg standardisere (6). ●

REFERANSER:

- Skarsgaard S, Lyngstad M. ELIN-k-prosjektet. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten. Oslo: Sluttrapport Versjon 1.0; 2011
- Wyller TB. Geriatri – en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2011.
- Coleman EA, Boulc C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51:556–557.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2009.
- Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2004.
- Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrenge eldre. Sintef RAPPORT; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/uploadpages/35279/Rapport%20A7877%20God%20vilje%20-%20d%20C3%A5riig%20verkt%C3%B8y%20om%20samhandling%20mellom%20sykehus%20og%20kommunale%20omsorgstjenester.pdf>
- Næss G, Helbostad JL. Geriatrisk vurdering og behandling – tverrfaglig samarbeid. I: Bondevik M, Nygaard HA, (red). *Tverrfaglig Geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012, s. 63–77

- Sosial- og Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2005. Veileder IS-1162
- Olsen RM. Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. Doktoravhandling, Sundsvall, Sverige: Institutionen for Hälsovetenskap, Mittuniversitetet; 2013.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003; 327:1219–21.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsejeneste. Helse- og omsorgsdepartementet; 2005
- Ruland C. Helse- og sykepleieinformatikk: hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsejeneste. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
- Coleman E. Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(4): 549–555.
- Melby L, Hellesø R. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care* 2010; Apr-Jun; 10: e039.
- Helsedirektoratet, 2011. IPOS-registret. Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/ipos-registret/Sider/default.aspx>
- Tøndel G. Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgstatistikk i praksis. *Geriatrisk Sykepleie* 2011; 3(1): 4–8.
- NSFID. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 3. utgave; 2007 <https://www.nsf.no/.../Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Oslo: 2008.
- Gammersvik Å, Larsen T, (red). *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
- Cook R, Render M, Woods D. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. (Education and Debate) *British Medical Journal* 2000; 320(7237): 791–794.
- Winthereik B, Vikkelsø S. ICT and Integrated Care: Some Dilemmas of Standardising Inter-Organisational Communication. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 2005; 14(1): 43–67.
- LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; Apr; 58(4): 777–82.
- Lovdata. Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:
helse