



Doktoravhandling
Sundsvall 2013

**Informasjonsutveksling mellom sykepleiere
i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring
av eldre pasienter**

Rose Mari Olsen

Veiledere:
Ove Hellzén
Ingela Enmarker

Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet,
SE-851 70 Sundsvall, Sverige

ISSN 1652-893X
Mittuniversitetet Doktoravhandling 155
ISBN 978-91-87103-86-5

Akademisk avhandling som med tillatelse fra Mittuniversitetet i Sundsvall framlegges til offentlig granskning for avlegging av doktorgradseksamen 31.mai 2013 kl 10 i Juvika, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Namsos, Norge.

Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter

Rose Mari Olsen

© Rose Mari Olsen, 2013

Institutionen för Hälsovetenskap
Mittuniversitetet, SE-851 70 Sundsvall
Sverige

Telefon: +46 (0)60-14 85 08

Trykt av Kopieringen Mittuniversitetet, Sundsvall, Sverige, 2013

SAMMENDRAG

Dårlig samhandling og informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten har i de senere år vært gjenstand for bekymring verden over. I Norge ble det gjennom samhandlingsreformen for alvor satt fokus på behovet for styrking av samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Målet med denne avhandlingen var å utvikle kunnskap om sykepleieres informasjonsutveksling knyttet til overføring av eldre pasienter mellom medisinsk sengepost og hjemmesykepleie.

Avhandlingen består av fire delstudier. I delstudie I ble det gjennomført fokusgruppeintervju med sykepleiere ved sykehus og hjemmesykepleie i den hensikt å beskrive deres opplevelse av barrierer som påvirker informasjonsutvekslingen. I delstudie II og III ble det gjort en granskning av pasientjournaldata for eldre pasienter innlagt ved medisinsk sengepost. Pasientene var mottakere av hjemmesykepleie før og etter sykehusinnleggelsen. Hensikten med delstudie II var å undersøke forekomst av sykepleierrapporter sendt ved overføring, og å identifisere sammenhengen mellom forekomst av sykepleierrapporter og karakteristika ved pasient og pasientforløp. For delstudie III var hensikten å undersøke innholdet i sykepleierrapporter som sendes fra sykehus til hjemmesykepleie ved utskriving, og å identifisere sammenhengen mellom innholdet i sykepleierrapportene og karakteristika ved pasient og pasientforløp. Delstudie IV ble gjennomført som en casestudie knyttet til overføring av ni eldre pasienter. Ved hjelp av observasjon, intervju samt granskning av sykepleiedokumentasjon var hensikten å identifisere og beskrive innholdet i skriftlig og muntlig informasjon som utveksles mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus i forbindelse med eldre hjemmeboende pasienters sykehusinnleggelse, og å identifisere når og hvordan denne informasjonen utveksles.

I delstudie I ble det funnet en rekke barrierer som påvirker sykepleiernes informasjonsutveksling negativt og kan bidra til at eldre pasienter settes i en sårbar og utsatt situasjon. Barrierene kan beskrives ut fra tre hovedtema med tilhørende undertema. *Barrierer assosiert med sykepleier*: "mangel på motivasjon", "mangel på kontroll", og "mangel på kunnskap". *Barrierer assosiert med mellommenneskelige prosesser*: "liten tilgjengelighet", "ulike syn" og "mangel på tillit". *Barrierer assosiert med organisasjonen*: "mangel på ressurser", "uklare ansvarsforhold", "manglende kontinuitet i personalet" og "uhensiktsmessige rutiner og retningslinjer".

Resultater fra delstudie II viste at forekomst av sykepleierrapport var 1 % (N=102) ved innleggelse og 69 % ved utskriving. Forekomst av utskrivingsrapport var assosiert med alder, kjønn, type medisinsk avdeling, samt lengde på sykehusoppholdet.

Delstudie III viste at informasjon relatert til fysisk helse forekom hyppigere enn informasjon relatert til psykisk helse. Utskrivingsrapportene (N=70) var strukturert i henhold til VIPS-modellen. Forekomsten av psykisk relaterte VIPS-søkeord var

signifikant høyere for kvinnelige enn for mannlige pasienter, for pasienter i den eldste aldersgruppen enn for pasienter i den yngste aldersgruppen, og for pasienter innlagt ved geriatrikisk enhet enn for pasienter innlagt ved generell medisinsk avdeling. Forekomsten av fysisk relaterte søkeord var signifikant høyere for pasienter innlagt ved generell medisinsk avdeling enn for pasienter innlagt ved geriatrikisk enhet. Mens kjønn og type medisinsk avdeling var signifikante prediktorer for psykisk relaterte søkeord i sykepleierapportene, var type medisinsk avdeling en signifikant prediktor for fysisk relaterte søkeord.

Resultater fra delstudie IV viste at utveksling av informasjon mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehuset i all hovedsak skjer i forbindelse med utskriving. Det ble ikke gitt informasjon fra hjemmesykepleien til sykehuset ved innleggelse for noen av casene. Informasjon i forhold til fysiske forhold dominerte både den skriftlige og muntlige kommunikasjonen. Opplysninger om pasientens subjektive opplevelse var sjelden gitt, og forekom bare i den muntlige kommunikasjonen. Det ble funnet forskjeller i den muntlige og den skriftlige informasjonen relatert til psykososiale forhold og sammensatt status. Mål, sykepleietiltak og eventuell effekt ble sjelden rapportert.

Avhandlingen viser at informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter er mangelfull både når det gjelder forekomst og innhold. Når det ikke utveksles adekvat informasjon om pasientens helsestatus ved overføring, blir det vanskelig for sykepleier på neste nivå å yte hensiktsmessig omsorg rettet mot pasientens spesifikke behov. Studien avdekket mange barrierer for informasjonsutveksling, og beskrivelsen av disse vil kunne hjelpe både sykepleiere i praksis og deres ledere til å være mer oppmerksomme på de forutsetninger som trengs for å oppnå en tilfredsstillende informasjonsutveksling og styrking av kontinuiteten.

Nøkkelord: sykepleiedokumentasjon, informasjonsutveksling, hjemmesykepleie, sykehus, pasientoverføring, eldre pasienter

ABSTRACT IN ENGLISH

Lack of communication and coordination between health care organizations is a subject of worldwide concern. In Norway, the Coordination Reform has focused on the need for increased cooperation between the primary and secondary health care. The aim of this thesis was to develop knowledge in regard to home care and hospital nurses' information exchange during transfer of older patients between home care and hospital medical department.

This thesis includes four studies (I-IV). In study I, focus group interviews were used to explore nurses' experiences of barriers that influence their information exchange during the transfer of older patients between hospital and home care. In study II and III, transfer documents and background data of older hospitalized home care patients was analysed. The objectives of study II were to evaluate the prevalence of nursing transfer documents, and identify patient and transfer characteristics associated with the presence of nursing transfer documents. In study III, the objectives were to examine the content of nurses' discharge notes, and investigate the association between the content of discharge notes and characteristics of patient and transfer. Study IV was a multiple case study including nine patient transfers. Using observations, qualitative interviews, and document reviews, the objective was to identify and describe the process and content of the patient information exchange between nurses in home care and hospital during hospitalization of older home-living patients.

In study I, there were found several barriers that negatively influence the information exchange and may put the older patients in a vulnerable and exposed situation. The barriers could be described by three main themes and several sub-themes. The first theme, *Barriers associated with the nurse*, consisted of three sub-themes: "lack of motivation," "lack of control," and "lack of knowledge." The second theme, *Barriers associated with interpersonal processes*, consisted of three sub-themes: "lack of accessibility," "different views," and "lack of confidence." The third theme, *Barriers associated with the organization*, consisted of four sub-themes: "lack of resources," "unclear responsibilities," "lack of staff continuity," and "inappropriate routines and policies."

Results from study II showed that nursing admission notes were present in 1% of the patient transfers from home care to the hospital, while discharge notes were present in 69% of the transfers from the hospital to home care. Patient and transfer characteristics associated with the presence of a nursing discharge note were age, gender, medical department facility, and length of hospital stay.

Results from study III showed that information relating to physical health was more frequently reported than information relating to mental health. The discharge notes (N=70) were structured in accordance with the VIPS model. Significant differences for mean scores on used VIPS keywords in the discharge note were found for gender, age, and medical department facility. While gender and medical

department facility were significant predictors of mental related keywords in the discharge note, medical department facility was a significant predictor of physical related keywords.

Results from study IV showed that the information exchange between hospital and home care nurses mainly occurred at discharge. In none of the cases was there information provided from the home care nurses to the hospital nurses. Information regarding physical care was more frequently reported than other caring dimensions in both the verbal and written communication. Descriptions of the patients' subjective experiences were almost absent, and occurred only in the verbal communication. Differences were found in the written and verbal communication related to psychosocial status and composite assessment. Nursing interventions and evaluations were rarely described.

The studies show a gap in the information flow, as well as inaccuracy and incompleteness in the content of information exchanged between home care and hospital nurses during transfer of older patients. When adequate information regarding the patient's health status during transfer is lacking, it constitutes a challenge to nurses at the next level to provide appropriate care to the patient's specific needs. The study revealed several barriers to information exchange, and the description of these barriers will help both nurses in practice and their leaders to be more attentive to the prerequisites needed to achieve a satisfactory nursing information exchange and enhance continuity of care.

Key words: Nursing documentation, information exchange, home care, hospital, patient transfer, older people

ORIGINALARTIKLER

Denne avhandlingen er basert på følgende artikler som vil bli referert til i teksten ved sine romertall:

- Artikkel I Olsen R.M., Østnor B.H., Enmarker I. & Hellzén O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: Nurses' experiences *Journal of Clinical Nursing* (akseptert 2012.12.14)
- Artikkel II Olsen R.M., Hellzén O. & Enmarker I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care*, 13 (1)
- Artikkel III Olsen R.M., Hellzén O., Skotnes L.H. & Enmarker I. (2012). Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing* 2 (3), 277-287
- Artikkel IV Olsen R.M., Hellzén O., Skotnes L.H. & Enmarker I. (2013). Information exchange between home care and hospital nurses during hospitalization of older home-living patients: A multiple case study. *Submitted*

Trykk av originalartikler er gjort med tillatelse fra de respektive tidsskrift.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	III
ABSTRACT IN ENGLISH	V
ORIGINALARTIKLER	VII
INTRODUKSJON	1
STUDIENS KONTEKST	1
<i>Første- og andrelinjetjenesten</i>	<i>1</i>
<i>Pasientoverføring – pasientens reise mellom nivåene</i>	<i>4</i>
DEN ELDRE PASIENTEN.....	4
<i>Behovet for kontinuitet</i>	<i>5</i>
<i>Behovet for helhetlig omsorg og helhetlig tjenestetilbud</i>	<i>6</i>
SYKEPLEIERES DOKUMENTASJON OG INFORMASJONSUTVEKSLING	7
<i>Juridiske krav og faglige standarder</i>	<i>7</i>
<i>Tidligere forskning innenfor problemområdet</i>	<i>8</i>
BEGRUNNELSE OG MÅL FOR STUDIEN.....	11
SPESIFIKKE MÅL.....	12
METODE.....	13
UTVALG OG DATAINNSAMLING.....	13
<i>Delstudie I.....</i>	<i>13</i>
<i>Delstudie II og III.....</i>	<i>14</i>
<i>Delstudie IV</i>	<i>16</i>
ANALYSER.....	18
<i>Delstudie I.....</i>	<i>18</i>
<i>Delstudie II.....</i>	<i>19</i>
<i>Delstudie III.....</i>	<i>19</i>
<i>Delstudie IV</i>	<i>20</i>
ETISKE OVERVEIELSER.....	21
RESULTAT.....	22
BARRIERER FOR INFORMASJONSUTVEKSLING (I)	22
SYKEPLEIERRAPPORTER VED PASIENTOVERFØRING, FOREKOMST OG SAMMENHENGER (II)	24
UTSKRIVINGSRAPPORTENS INNHOLD (III)	24
<i>Rapportens innhold og karakteristika ved pasient og pasientforløp</i>	<i>25</i>
UTVEKSLING AV MUNTLLIG OG SKRIFTLIG INFORMASJON – NI CASER (IV)	26
<i>Kommunikasjonsprosessen</i>	<i>26</i>
<i>Forekomst skriftlig og muntlig informasjon i henhold til VIPS</i>	<i>27</i>
<i>Beskrivelser innenfor VIPS</i>	<i>28</i>

DISKUSJON	29
RESULTATDISKUSJON.....	29
<i>Brist i informasjonsflyten mellom nivåene</i>	29
<i>Manglende fokus på psykisk helse</i>	32
<i>Heldig er den som får ligge i en "geriatrisk" seng</i>	34
METODOLOGISKE OVERVEIELSER	35
<i>Kvantitative tilnærminger (II, III)</i>	35
<i>Kvalitative tilnærminger (I, IV)</i>	39
OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER	44
VIDERE FORSKNING.....	44
TAKK	45
REFERANSER	46

Vedlegg: Originalartikler I-IV

INTRODUKSJON

Denne avhandlingen omhandler informasjonsutvekslingen som finner sted mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. Dårlig samhandling og informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten har i de senere år vært gjenstand for bekymring verden over (Cwinn, et al., 2009; Kripalani, et al., 2007; Schoen, et al., 2011). I Norge ble det gjennom samhandlingsreformen for alvor satt politisk fokus på behovet for styrking av samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette har kommet etter at det over flere år har blitt påpekt betydelig svikt i samhandlingen knyttet til overføring av pasienter mellom tjenestenivåene her i landet (Garåsen & Johnsen, 2007; Gautun, Kjerstad, & Kristiansen, 2001; Paulsen & Grimsmo, 2008). Dårlig kommunikasjon og mangel på koordinering når pasienter overføres mellom helseorganisasjoner kan forårsake alvorlige brudd i omsorgskontinuiteten og medføre uønskede hendelser og skade på pasienten (Coleman, 2003; Kripalani, et al., 2007). Slike ineffektive helsetjenester kan også føre til sosioøkonomiske konsekvenser forårsaket av et økt antall reinnleggelser (Witherington, Pirzada, & Avery, 2008), økt lengde på sykehusopphold (Kjekshus, 2005), overføring til et høyere omsorgsnivå (Coleman, et al., 2004), og opplevelse av maktesløshet hos pasienten (Groene, Orrego, Suñol, Barach, & Groene, 2013; Huby, Brook, Thompson, & Tierney, 2007). Fra helsepersonellens side er det et uttrykt ønske om at helsetjenesten skal preges av kvalitet og kontinuitet (Brevik, 2010b; Nortvedt, et al., 2008; Seierstad, Holmeide, & Eimot, 2010), og det er politisk enighet om at god samhandling mellom helsepersonell er spesielt viktig med tanke på å imøtekomme de eldres særlige behov for et helhetlig, samordnet og koordinert tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2011a; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleiere er forpliktet til å støtte og sikre kontinuitet i pasientbehandling og til å hindre et informasjonsgap når pasienter blir overført (Helsepersonelloven, 1999). I så måte har sykepleiere en nøkkelrolle, ettersom de i sitt daglige arbeid står sentralt når det gjelder å innhente og dele informasjon mellom helsepersonell på ulike nivå.

Studiens kontekst

Første- og andrelinjetjenesten

I Norge er det et skarpt organisatorisk skille mellom det vi kaller første- (primærhelsetjenesten) og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten). Disse er organisert i to ulike forvaltningsnivå, og har ulik eierskap, lovgivning og ansvarsområder (Folkehelseoven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Mens kommunene har ansvaret for ulike typer

av institusjonell omsorg og hjemmebasert omsorg (så som hjemmetjenester, sykehjem, fastleger), eier og driver staten sykehus og ambulansetjenesten som har sin rolle tett begrenset til medisinsk behandling. Hjemmetjenesten tilbyr hjemmesykepleie (for eksempel assistanse med personlig hygiene, sårbehandling, medisinsk assistanse og måltider) og praktisk bistand (for eksempel renhold og vask av klær).

Den organisatoriske strukturen i hjemmetjenesten bygger på prinsippene for New Public Management (NPM) (Vabø, 2009). Dette inkluderer en bestiller-utfører-modell, der bestillerenheten vurderer behov, formulerer kontrakter, bestiller tjenester og kontrollerer resultat, mens utfører leverer omsorgstjenestene ut fra den spesifiserte bestillingen fra bestillerenheten. Sykehusene har siden sykehusreformen trådte i kraft i 2002 vært organisert gjennom regionale helseforetak som igjen eier enkeltsykehusene. Helseforetakene er fristilt fra forvaltningen, og har ansvar for å drifte sykehusene ut fra bestillingsdokumenter gitt fra departementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Et uttalt politisk mål de siste årene har vært at flest mulig hjelpetrengende skal kunne bo i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006), noe som har resultert i at det har vært en betydelig økning i andelen mottakere av hjemmesykepleie de siste årene (Hermansen, 2011). Antallet personer som mottar langsiktige pleie- og omsorgstjenester er økende i de fleste europeiske land (WHO, 2008), og her i Norge er det i hovedsak politiske reformer for å effektivisere og modernisere helsetjenestene som har ført til at hjemmebaserte tjenester nå utgjør en så stor andel av norsk helsevesen (Romøren, 2007; Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011). Samtidig som kommunale institusjonsplasser er blitt bygget ned, har den hjemmebaserte omsorgen endret seg fra å være et hjemmehjelptilbud med praktisk bistand til å bli et behandlings- og pleietilbud (Brevik, 2010a). Ser en på grad av funksjonssvikt hos brukerne av pleie- og omsorgstjenesten, er det et klart skille mellom de som er tilknyttet institusjon og de som mottar hjemmetjenester. I en studie hvor Barthels ADL-indeks ble brukt som mål for funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner (Brevik, 2010a), fant man at brukere i eldreinstitusjoner skåret høyest med 13 poeng, mens brukere i kommunale boliger (omsorgsboliger) og tradisjonelle hjem skåret henholdsvis 5 og 3.5 poeng. Ser en på aldersfordelingen blant brukere av pleie- og omsorgstjenesten, har det skjedd en sterk økning i antall yngre mottakere av hjemmetjenester (Romøren, 2006), noe som har bidratt til at hjemmetjenesten ikke lenger betraktes som eldreomsorg men som et omsorgstilbud egnet for mennesker i alle aldre og med ulike helseproblemer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (Romøren, 2007). Imidlertid er det fortsatt mange eldre brukere av hjemmetjenesten. I 2010 mottok 57098 eldre i alderen 80-89 år, og 18470 i alderen 90 år eller eldre, hjemmesykepleie

og praktisk bistand fra hjemmetjenestene (Gabrielsen, Otnes, Sundby, Kalcic, & Strand, 2011).

De eldste aldersgruppene er også de største brukerne av sykehusene. I 2011 hadde 35,6 prosent av befolkningen i Norge minst én registrert kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Ser man kun på den eldste aldersgruppen, de på 80 år eller mer, var andelen 64,4 prosent. Den "typiske" utskrivingsklare pasienten er eldre over 70 år som legges inn på grunn av en akutt sykdom eller forverring av kjent situasjon, og som ikke kan skrives ut til det omsorgsnivået de ble lagt inn fra fordi funksjonsnivået er redusert (Seierstad, et al., 2010). I 2011 utgjorde eldre 80 år eller eldre ca 21 % av liggedagene ved de somatiske sykehusene, og hadde i gjennomsnitt 5,9 liggedøgn (Helsedirektoratet, 2012). Det er også i den eldste aldersgruppen en finner de fleste reinnleggelser. I 2011 ble ca 11 % av alle eldre som mottok behandling på sykehus reinnlagt innen 30 dager etter utskriving (Helsedirektoratet, 2012).

Samtidig som spesialisthelsetjenesten de siste tiårene har blitt mer spesialisert og effektivisert i retning av mer fokus på behandling og mindre fokus på pleie, har pleie- og omsorgstjenestene i kommunene blitt mer generalisert og fått tyngre og mer faglig krevende pasientgrupper (Kalseth, Midttun, Paulsen, & Nygård, 2004). Kortere liggetid og redusert antall liggedager i somatisk sykehus sannsynliggjør at oppgaver vil skyves over til kommunene og innebære et antatt generelt økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Brevik, 2010b). Samhandlingsreformen legger også opp til en slik oppgaveforskyvning, noe som blant annet gjenspeiles i større vekst i antall årsverk for kommunehelsetjenesten enn for spesialisthelsetjenesten i 2012 (Helsedirektoratet, 2013).

Kommuner og helseforetak er i dag lovpålagt å inngå samarbeidsavtaler som konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom dem, og som avklarer gode samarbeidsrutiner på sentrale områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Disse avtalene skal blant annet beskrive hvordan informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring ved pasientoverføringer er sikret. Dette innebærer også at partene bør legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett. Elektronisk utveksling av informasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak er prøvd ut flere steder (NSF & KS, 2011), og på bakgrunn av dette er det utarbeidet retningslinjer for bruk av såkalte "Pleie- og omsorgsmeldinger" (KITH, 2011). I dag har alle sykehus muligheter for å sende legeepikrise elektronisk til fastleger i primærhelsetjenesten, men det er fortsatt et stykke igjen til slike løsninger er implementert mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten (NSEP, 2011).

Pasientoverføring – pasientens reise mellom nivåene

Innenfor avhandlingens kontekst er pasientens overføring mellom tjenestnivåene sentral, og må derfor defineres nærmere. Utgangspunktet er den eldre pasienten som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie, opplever en innleggelse på sykehus, og returnerer tilbake til hjemmet igjen med fortsatt bruk av hjemmesykepleie.

I litteraturen finner en mange betegnelser for en slik *reise*, for eksempel "episodes of care", "clinical pathways", "patient transfer" og "trajectory of care". På norsk finner vi mer eller mindre rett oversatte betegnelser som "omsorgsepisode", "pasientoverføring" og "pasientforløp". "Omsorgsepisode" er ikke dekkende for denne studiens fokus, ettersom en her tar utgangspunkt i at pasienten mottar helsehjelp ved én og samme helseinstitusjon for ett og samme helseproblem (KITH, 2012). I Stortingsmelding 47 (2008-2009) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, side 15) defineres "pasientforløp" som "*den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene*". Videre sies det at: "*gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov*." I denne avhandlingen vil både "pasientoverføring" og "pasientforløp" anvendes.

Den eldre pasienten

Mange eldre mennesker mottar hjemmesykepleie etter en sykehusinnleggelse (European Commission, 2008). Prevalens av sykdommer øker med aldring (Marengoni, et al., 2011), og studier viser at eldre pasienter i hjemmesykepleien og sykehjem i Norge i snitt har henholdsvis tre og fire aktive diagnoser (Hofseth & Norvoll, 2003). Multisykeligheten hos de eldre resulterer i et større antall sykehusinnleggelse og polikliniske besøk (Condelius, Edberg, Jakobsson, & Hallberg, 2008). De eldste blant de eldre, i alderen 80 eller eldre, utgjør 4,4 % av den totale norske befolkningen, men de utgjør 21 % av døgnoppholdene ved norske sykehus (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg til multisykelighet har eldre mennesker også ofte mer sammensatte komplekse behov (Nardi, et al., 2007), og denne kombinasjonen gjør dem spesielt sårbare for overføring mellom omsorgsnivå (Reed, Cook, Childs, & McCormack, 2005).

Når eldre med mange kroniske lidelser blir akutt syke skjer det som regel et brått fall i funksjon, og eldre pasienter med nedsatt funksjonsevne er de som oftest får forlengede sykehusopphold (Anthun & Paulsen, 2007). Ofte bruker en begrepet "skrøpelige" eldre (Chin, Dekker, Feskens, Schouten, & Kromhout, 1999), noe som innebærer en nedsatt evne til å klare seg på egen hånd i aktiviteter i dagliglivet (ADL) og for svekkede organreserver og homostatisk funksjoner (Pettersen & Wyller, 2007). God dokumentasjon av fysisk og mental status hos eldre pasienter

ved overføring er viktig fordi endring i tilstanden kan være et tegn på akutt sykdom (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011; Chong & Street, 2008; Gray, Smyth, Palmer, Zhu, & Callahan, 2002), og svikt i fysiske og mentale funksjoner krever spesifikke tilnærminger til klinisk arbeid (Boling, 2009; Ornstein, Smith, Foer, Lopez-Cantor, & Soriano, 2011). Et eksempel på en hyppig forekommende og alvorlig komplikasjon hos eldre pasienter som legges inn akutt ved sykehus er delirium (forvirring) (Alvarez Fernandez, Formiga, & Gomez, 2008). Delirium forsinker rehabiliteringen, forlenger sykehusoppholdet og er knyttet til økt sykkelighet og dødelighet (Pettersen & Wyller, 2007).

Behovet for kontinuitet

Mens forskere verden over har uttrykt bekymring for den stadige fragmenteringen av helsetjenesten (Bodenheimer, 2008; Mur-Veeman, van Raak, & Paulus, 2008; Schoen, et al., 2011), har det vært økende fokus på den betydningen kontinuitet i omsorgen har for å fremme helse, redusere antall sykehusinnleggelse, samt bedre utbytte og tilfredshet hos pasientene (Saultz & Lochner, 2005; van Servellen, Fongwa, & Mockus D'Errico, 2006; C. van Walraven, Oake, Jennings, & Forster, 2010; Worrall & Knight, 2006). Ikke minst har kontinuitetens betydning for eldre pasienter vært fremhevet (Coleman, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Waibel, Henao, Aller, Vargas, & Vazquez, 2012). Parallelt har det pågått en diskusjon om hvordan begrepet kontinuitet kan defineres (Heaton, Corden, & Parker, 2012; Parker, Corden, & Heaton, 2011). Et mye brukt rammeverk, først introdusert av Haggerty et al. (2003) og senere adoptert av Freeman et al. (2007), beskriver tre essensielle typer av kontinuitet: relasjonell, administrativ og informativ. Den relasjonelle typen handler om det terapeutiske forholdet mellom en pasient og en eller flere helsepersonell. Informativ kontinuitet handler om det å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid slik at en kan ivareta omsorgen for den enkelte pasient. Til sist, administrativ kontinuitet innebærer formidling av både fakta og vurderinger på tvers av team, institusjonelle og profesjonelle grenser, og mellom helsepersonell og pasienter. I denne avhandlingen vil informativ og administrativ kontinuitet ha størst relevans.

Kontinuitetsbegrepet er hyppig brukt i helsepolitiske dokumenter i Norge, og brukes da ofte som et kriterium for god kvalitet. I *"Og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015)* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), inngår begrepet som et av seks kriterier for god kvalitet: *"God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet"*. Videre understrekes helsepersonellens ansvar i forhold til kontinuitet: *"Samordning og kontinuitet forutsetter videre at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne."*

Behovet for helhetlig omsorg og helhetlig tjenestetilbud

Ordet "helhetlig" er anvendt innen såvel profesjonsutdanninger og yrkesetikk innenfor helsefagene som innen helsetjenestepolitikken. I sykepleien har ordet "helhetlig" vært brukt om sykepleierens tilnærming til pasienten; å se *hele* mennesket og ivareta alle dets behov; fysiske, psykiske, sosiale, eksisteniselle/ kulturelle (Povlsen & Borup, 2011). "Helhetlig sykepleie" har sitt utgangspunkt i det humanistiske menneskesynet, hvor individet betraktes som en udelelig helhet bestående av kropp, sjel og ånd i et kontinuerlig samspill med sine omgivelser (McEvoy & Duffy, 2008). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011, pkt 2) blir helhetlig omsorg trukket fram som en av kjerneverdiene for sykepleiere: *Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.* Likelydende formuleringer finner en også i Rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). I klinisk praksis har den helhetlige tilnærmingen særlig vært vektlagt innenfor palliativ omsorg (WHO, 2004). Imidlertid argumenteres det for at helhetlig omsorg burde være utgangspunkt for omsorgen for *alle* eldre mennesker, og ikke bare de som er terminale (Hallberg, 2006).

Ordet "helhetlig" er også jevnlig brukt i helsepolitiske dokumenter, og da for å legge føringer for at pasienten skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 1 (2003) blir helhetlig tilnærming framholdt som et middel for å sikre kvalitet på tjenesten, ved at tjenestemottakere *får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.* I forbindelse med samhandling mellom tjenestenivå understrekes det i Stortingsmelding 47 (2008-2009) den særlige betydning helhetlig tilnærming har for sårbare pasientgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, side 51):

Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Samhandling krever derfor et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå. I slike situasjoner er det helt nødvendig at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og ser pasienten i en større sammenheng.

Videre presiseres helsearbeidernes plikt til å imøtekomme pasientens behov for helhetlig tilnærming (ibid):

Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon.

Sykepleieres dokumentasjon og informasjonsutveksling

Dokumentasjon i sykepleien har røtter helt tilbake til Florence Nightingale, og kan dermed ikke sies å være noen ny oppfinnelse selv om dokumentasjonsplikten ble formalisert ved lov først i 2001 her i Norge. I den første læreboken i sykepleie for diakonisser utgitt av 1877 skrev Rikke Nissen følgende (her i Andersen, 1995, side 46): *“Sygepleje forbliver ligesom kejsereens nye klæder usynlig – en illusion – hvis vi ikke bliver istand til at dokumentere, at sygeplejersker dagligt medvirker til at fremme og bevare sundhed i befolkningen”*

Juridiske krav og faglige standarder

Gjennom helsepersonelloven (1999) har sykepleiere i likhet med annet helsepersonell som yter selvstendig helsehjelp en juridisk plikt til å dokumentere overfor den enkelte pasient i pasientjournalen. Med helsehjelp menes *“enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell”* (§ 3). Gjennom journalføringen skal sykepleieren bidra til kontinuitet og kvalitet i helsetjenesten og samtidig synliggjøre en faglig forsvarlig samhandling mellom pasient og sykepleier så vel som mellom sykepleiere og andre helsepersonell (Moen, Hellesø, & Berge, 2008).

Pasientjournalforskriften (2000) framhever plikten til å utveksle informasjon med annet helsepersonell (§ 8), og at det ved utskriving fra helseinstitusjon skal sendes sammenfatning av journalopplysninger (epikrise) til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging og at denne skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet (§ 9). Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (2007) har utarbeidet en veileder for dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ), og denne er ment å skape en felles plattform for strukturering av innhold i dokumentasjon av helsehjelp.

For om lag 10 år siden ble det i Norge utviklet en egen kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (KITH, 2003a), som er en nasjonal standard for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Mens selve kravspesifikasjonen først og fremst er et verktøy for systemleverandører og virksomheter som bruker eller vurderer å ta i bruk elektronisk sykepleie-dokumentasjon i helsevesenet, gir veilederen til kravspesifikasjonen (KITH, 2003b) sykepleieren en mer praktisk beskrivelse av hvordan dokumentasjonen skal gjøres.

Behovet for et felles språk med enhetlige definisjoner på hva sykepleie er har ført til utvikling av ulike standardiserte terminologier og klassifikasjonssystemer. Blant de mest kjente er for eksempel NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions

Classification), og ICNP (International Classification of Nursing Practice) (Moen, et al., 2008). Mens de tre første er utviklet i USA, er ICNP utviklet på tvers av landegrenser i regi av International Council of Nurses (ICN, 2005). Standardisering har vist seg å høyne kvaliteten på sykepleiernes dokumentasjon (Saranto & Kinnunen, 2009; Wang, Hailey, & Yu, 2011), og målet er å få til et system som kan benyttes uavhengig av kontekst. I likhet med de fleste landene i Skandinavia, bruker store deler av helsevesenet i Norge i dag dokumentasjonssystemet VIPS. VIPS-modellen ble utviklet i Sverige, og hensikten var å strukturere dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen (Ehnfors, Thorell-Ekstrand, & Ehrenberg, 1991; Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996). Modellen bygger på kunnskap fra ulike empiriske studier og er stadig under revidering. Modellen skal sikre at dokumentasjonen reflekterer overordna mål for sykepleie, uttrykt som **Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhet**. VIPS-modellen følger trinnene i sykepleieprosessen og er bygd opp med søkeord på to nivåer. Det første nivået er sammensatt av hovedsøkeord: Sykepleieanamnese, sykepleiestatus, sykepleie-diagnose, sykepleiemål, sykepleietiltak, sykepleieresultat og sykepleieinformasjon. Det andre nivået gir en detaljert oversikt over hva sykepleieanamnese, pasientstatus og sykepleietiltak bør inkludere. Pasientstatus dokumenteres under følgende overskrifter (søkeord): Kommunikasjon, kunnskap/utvikling, respirasjon/sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, hud/vev, aktivitet, søvn, smerte/sanseinntrykk, seksualitet/reproduksjon, psykososialt, åndelig/kulturelt, velvære og sammensatt status. Sykepleieren skal skrive fritekst innenfor de strukturerte områdene. Det stilles ikke bestemte krav til språket som brukes i dokumentasjonen, men det legges føringer for *hva* som skal dokumenteres.

Tidligere forskning innenfor problemområdet

Studier har vist at sykepleiere dokumenterer den innledende vurderingen av pasienten i stor grad (Ehrenberg, Ehnfors, & Ekman, 2004; Törnvall, Wilhelmsson, & Wahren, 2004), men i mindre grad lager pleieplaner med mål for sykepleie, beskrive planlagte og gjennomførte tiltak, og dokumentere effekten av pleien som er gitt (Ehrenberg & Birgersson, 2003; Hayrinen, Lammintakanen, & Saranto, 2010; Rykkje, 2009). Sykepleieproblem kan være vagt og lite detaljert beskrevet (Carlsson, Ehnfors, Eldh, & Ehrenberg, 2012; Ehrenberg & Birgersson, 2003), og sykepleietiltak er i stor grad dokumentert uten at de er koblet til en systematisk plan (Törnvall, et al., 2004). Fysiske dimensjoner av pleien er oftere dokumentert enn andre omsorgsdimensjoner (Gunhardsson, Svensson, & Bertero, 2008; Hellesø, 2006; Varsi, 2007). I en metasyntese av 14 kvalitative forskningsrapporter i perioden 1996/ 2005, fant Kärkkäinen et al. (2005) at individualisert pasientomsorg ikke er synlig i sykepleiernes dokumentasjon. Sykepleierne var flinkere til å

beskrive hvilke oppgaver de utførte enn hvilke erfaringer og opplevelser pasientene hadde. Sykepleiedokumentasjonen virket ensartet, mekanisk og oppramsende, noe som kunne føre til at beskrivelsen av pasientens problemer ikke stemte med pasientens opplevde og virkelige behov. I følge Kärkkäinen et al. kan dette ha sammenheng med strukturen på dokumentasjonssystemet og formen og rutineene for rapportering.

Sykepleiere ved sykehus og primærhelsetjenesten har rapportert ulike oppfatninger av i hvor stor grad informasjon utveksles i forbindelse med pasientoverføringer (Dunnion & Kelly, 2008; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005). Imidlertid har studier som har undersøkt forekomst av sykepleiedokumentasjon ved pasientoverføring funnet at sykepleierapporter kan mangle både ved innleggelse til sykehus og utskriving til primærhelsetjenesten. I en norsk studie av journaler tilhørende pasienter utskrevet fra sykehus til hjemmesykepleie (Hellesø, Lorensen, & Sorensen, 2004), inneholdt 58 % (n=21) av journalene en utskrivingsrapport. I en svensk studie som hadde til hensikt å evaluere effekten av intervensjon rettet mot bedre kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon (Björvell, Wredling, & Thorell-Ekstrand, 2002), var det bare 5 % (n=3) av journalene som inneholdt utskrivingsrapport før intervensjonen startet. Omfanget økte til 39 % (n=23) etter to års intervensjon, og 53 % (n=32) etter 3 år. Det har vært flere studier som har sett på prevalensen av overføringsdokumenter sendt mellom leger i sykehus og primærhelsetjeneste. De fleste av disse har sett på kommunikasjonen ved utskriving fra sykehus (Bell, et al., 2009; Kripalani, et al., 2007; C. van Walraven, Seth, Austin, & Laupacis, 2002). En litteraturstudie (Kripalani, et al., 2007) rapporterte at om lag 25 % av sammenfatningene aldri kom frem til legen i primærhelsetjenesten. Når det gjelder kommunikasjon ved innleggelse, har studier rapportert at mellom 6 og 58 % av pasientene som ble overført manglet overføringsdokumenter fra lege (Boockvar, Fridman, & Marturano, 2005; Doare, Banerjee, & Oldfield, 2009). En studie avdekket at sykehjem hadde større sjanse for å motta fullstendige overføringsdokumenter fra sykehus som innehadde geriatriske spesialiteter og færre senger (Boockvar & Burack, 2007). Imidlertid er det også blitt rapportert hull i kommunikasjonen mellom geriatriske sykehusavdelinger og primærhelsetjenesten (Mesteig, Helbostad, Sletvold, Rosstad, & Saltvedt, 2010).

Overføring av klinisk informasjon mellom helsepersonell utgjør en stor del av sykepleierens arbeidsdag (Pelletier, Duffield, & Donoghue, 2005), og det kan synes som at sykepleiere generelt bruker mer tid på dokumentasjon enn de gjør på pasienter (Duffield, et al., 2005; Furaker, 2009). Samtidig er det også det såkalte "papirarbeidet" som får skylden for at sykepleiere hindres i å bruke tid sammen med pasienten (Stuart, Jarvis, & Daniel, 2008; Tyler, et al., 2006). Mangel på tid som en hindring for informasjonsutveksling er godt dokumentert i litteraturen (Atwal,

2002; Meissner, et al., 2007; Shah, Burack, & Boockvar, 2010). Til tross for at det over tid er utviklet ulike formelle systemer og rutiner for informasjonsutvikling og samhandling knyttet til overføring av pasienter, synes den uformelle, muntlige og ikke-standardiserte delen av samhandlingen å ha stor betydning (Hellesø, et al., 2005; Paulsen & Grimsmo, 2008). Det er forventet at elektronisk utveksling av informasjon skal ha en positiv effekt på kommunikasjonen mellom nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2012; NSF, 2013). Utprøving av elektronisk utveksling mellom sykehus og primærhelsetjenesten (Melby & Hellesø, 2008) har vist at lesbarhet og tilgjengelighet til informasjon er blitt bedre. Sykepleiere i primærhelsetjenesten har gitt uttrykk for at det å kunne motta informasjon innen pasienten kommer hjem etter utskriving har bidratt til bedre forutsigbarhet og mulighet for å planlegge omsorgen for pasienten (Melby & Hellesø, 2010). Selv om de elektronisk overførte rapportene inneholdt flere ord, var det imidlertid fortsatt mangler og unøyaktigheter i pasientinformasjonen (Melby & Hellesø, 2008, 2010).

BEGRUNNELSE OG MÅL FOR STUDIEN

Dårlig kommunikasjon og mangel på koordinering når pasienter overføres mellom helseorganisasjoner kan forårsake alvorlige brudd i omsorgskontinuiteten og medføre uønskede hendelser og skade på pasienten. Kontinuitet i omsorgen er særlig viktig for de eldre pasientene, og nettopp derfor er denne pasientgruppen også spesielt sårbare ved overføring mellom helseorganisasjoner. Dokumentasjon og god informasjonsutveksling om status hos eldre pasienter ved overføring er viktig fordi endring i tilstanden kan være et tegn på akutt sykdom, og svikt i fysiske og mentale funksjoner krever spesifikke tilnærminger til det kliniske arbeidet. Samtidig er det avgjørende at helsepersonell har kjennskap til pasientens vanlige tilstand og stabilitet over tid for å kunne vurdere hvorvidt status er endret.

Sykepleiere er forpliktet til å støtte og sikre kontinuitet i pasientbehandling og til å hindre et informasjonsgap når pasienter blir overført. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre når eldre pasienter trenger oppfølging på tvers av organisasjonsnivåene, og de innehar en viktig rolle når det gjelder å legge forholdene til rette for god informasjonsutveksling og samhandling mellom nivåene.

En begrunnelse for studien er at det er gjort lite forskning på sykepleieres informasjonsutveksling knyttet til overføring av eldre pasienter mellom sykehus og hjemmesykepleien. Tidligere studier har i stor grad fokusert på kommunikasjonen knyttet til enten utskriving eller innleggelse, og da gjerne med en vektlegging av den skriftlige kommunikasjonen. Ved å studere hele kommunikasjonsloopen fra innleggelse til utskriving, og både det som overføres muntlig og skriftlig, vil en kunne få verdifull kunnskap om kontinuiteten og det totale innholdet i informasjonsutvekslingen. Ved og utforske hva sykepleierne selv opplever kan være hindringer for utveksling av informasjon, vil en også få kunnskap om forutsetninger som må være til stede for å oppnå en tilfredsstillende informasjonsutveksling. En bedre forståelse for sykepleieres informasjonsutveksling vil kunne fremme kontinuiteten og gi økt sikkerhet når eldre pasienter overføres mellom ulike deler av helsetjenesten.

Den overordnede hensikten med avhandlingen var å utvikle kunnskap om sykepleieres informasjonsutveksling knyttet til overføring av eldre pasienter mellom medisinsk sengepost og hjemmesykepleie.

Spesifikke mål

Avhandlingen består av fire delstudier med følgende spesifikke mål:

- å beskrive barrierer som påvirker sykepleieres informasjonsutveksling under overføring av eldre pasienter mellom sykehus og hjemmesykepleie (artikkel I)
- å undersøke forekomst av sykepleierapporter sendt mellom hjemmesykepleie og sykehus ved overføring (innleggelse og utskriving) av eldre pasienter, og å identifisere sammenhengen mellom forekomst av sykepleierapporter og karakteristika ved pasient og pasientforløp (artikkel II)
- å undersøke innholdet i sykepleierapporter som sendes fra sykehus til hjemmesykepleie når eldre pasienter utskrives, og å identifisere sammenhenger mellom innholdet i sykepleierapportene og karakteristika ved pasient og pasientforløp (artikkel III)
- å identifisere og beskrive innholdet i skriftlig og muntlig informasjon som utveksles mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus i forbindelse med eldre hjemmeboende pasienters sykehusinnleggelse, og å identifisere når og hvordan denne informasjonen utveksles (artikkel IV)

METODE

For å nå målet med denne avhandlingen, er både kvalitative og kvantitative tilnærminger anvendt. En oversikt over delstudiene design gis i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over delstudiene i avhandlingen

Delstudie	Datainnsamling	Utvalg	Analyse
I	Fokusgruppeintervju	14 sykepleiere	Kvalitativ innholdsanalyse
II	Tverrsnittsstudie	Sykepleierapporter og bakgrunnsdata for 102 eldre pasienter	Deskriptiv statistikk, Pearson kji-kvadrat test, Logistisk regresjon
III	Tverrsnittsstudie	Sykepleierapporter og bakgrunnsdata for 70 eldre pasienter	Deskriptiv statistikk, t-test, Lineær multippel regresjon
IV	Casestudie med observasjon, individuelle intervju, journalgransking	21 sykepleiere, sykepleiedokumentasjon og bakgrunnsdata for 9 eldre pasienter	Kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse

Utvalg og datainnsamling

Data ble innsamlet ved hjelp av intervju individuelt og i fokusgrupper, åpne observasjoner, samt gransking av sykepleiedokumentasjon i pasientjournal. I det følgende gis en nærmere beskrivelse av utvalg og innsamlingsmetoder for de ulike delstudier.

Delstudie I

Data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju med fjorten sykepleiere (to menn og tolv kvinner), hvorav to grupper med fire og seks sykepleiere fra sykehus, og en gruppe med fire sykepleiere fra hjemmesykepleie. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne måtte ha arbeidet i minst et halvt år ved sine respektive arbeidsplasser, og at de skulle ha direkte erfaring med informasjonshåndtering under overføring av eldre pasienter. Deltakerne ble valgt ut av avdelingssykepleierne som var orientert om inklusjonskriteriene og betydningen av en blanding med hensyn til erfaringsbakgrunn. Sykepleierne fikk

et brev med invitasjon til fokusgruppeintervju med et informasjonsskriv som forklarte studien. Dag og tidspunkt for intervjuene ble satt av avdelingssykepleierne ut fra turnus og bemanningssituasjonen på arbeidsplassene.

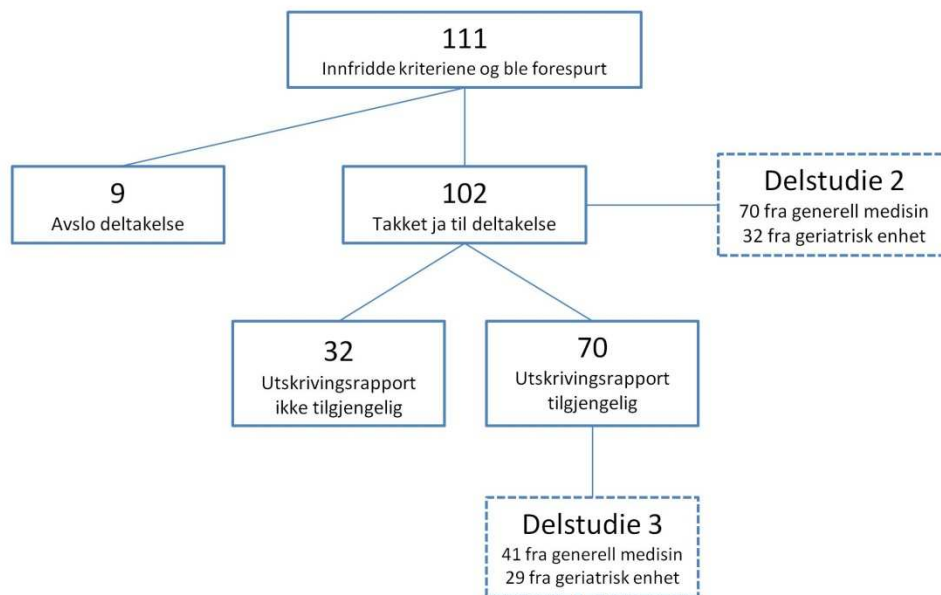
Som anbefalt av Krueger & Casey (2009) ble intervjuene gjennomført av en moderator og en assistent. Moderator ledet diskusjonen, oppmuntret til åpen samtale, og prøvde å involvere alle deltakerne. Assistenten tok notater og gjorde en muntlig oppsummering midtveis og på slutten av intervjuet. Deltakerne ble invitert til å legge til eller korrigere oppsummeringene, og oppsummeringene ble videre anvendt som validering i dataanalysen. Som utgangspunkt for gruppediskusjonene ble det anvendt en guide utviklet på bakgrunn av en gjennomgang av relevant litteratur om sykepleiernes informasjonshåndtering samt klinisk kunnskap til feltet. Hovedpunkter i guiden var; overføring av pasient, informasjonsutveksling og kontakt, samt forbedring av dagens praksis. Intervjuene varte mellom 90 og 120 minutter, og det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert.

Delstudie II og III

Data for delstudie II og III ble innsamlet ved en medisinsk avdeling på et lokalt sykehus i Midt-Norge, og tok utgangspunkt i eldre pasienter som ble innlagt fra og utskrevet til egne hjem. Datamaterialet bestod av sykepleierrapporter sendt mellom hjemmesykepleie og sykehus ved innleggelse og utskriving, samt bakgrunnsdata for hver pasient. Inklusjonskriteriene var at pasientene skulle være 70 år eller eldre, inneha samtykkekompetanse, og at de var hjemmeboende og mottakere av hjemmesykepleie før og etter sykehusinnleggelsen. Pasienter som etter sykehusoppholdet skulle skrives ut til et høyere omsorgsnivå ble ekskludert. En konsekutiv utvalgsmetode ble anvendt. Av 111 pasienter som møtte inklusjonskriteriene, var det 9 som ikke ønsket å delta, noe som resulterte i totalt 102 pasientforløp.

Sykepleierrapporter og bakgrunnsdata for hver pasient ble innhentet av avdelingssykepleiere ved de respektive sengepostene samme dag som pasienten ble utskrevet. Sykepleierrapporter skulle inkludere både innleggesrapport (fra sykepleier i hjemmesykepleien) og utskrivingsrapport (fra sykepleier ved sykehuset). Bakgrunnsdata inkluderte notat for utskrivingsplanlegging hentet fra sykepleiedelen i EPJ, samt pasientinformasjon fra lege som normalt sendes med som vedlegg til sykepleiers utskrivingsrapport. Bakgrunnsdata ble brukt for å identifisere karakteristika ved pasienten (alder, kjønn, bosituasjon og avstand fra sykehuset) og pasientforløpet (type innleggelse, eventuelt reinnleggelse, type medisinsk sengepost, og lengde på sykehusoppholdet). Av de totalt 102 pasientforløpene, ble det identifisert 1 sykepleierrapport ved innleggelse og 70 ved utskriving. Mens delstudie II tok utgangspunkt i alle 102 pasientforløp, ble kun de

70 pasientforløpene som inkluderte utskrivingsrapporter lagt til grunn for delstudie III. Se figur 1. Karakteristika ved de inkluderte pasienter i delstudie II og III er vist i tabell 2.



Figur 1. Flytskjema over deltakere i delstudie II og III

Utskrivingsrapporten var en integrert del av sykepleiedokumentasjonen i sykehusets elektroniske pasientjournalssystem, DocuLive ©. Rapporten består av to deler. Den første delen inneholder forhåndsdefinert informasjon som EPJ automatisk genererer når sykepleier oppretter en ny rapport for en bestemt pasient, herunder avdelingens navn, pasientens navn, fødselsdato, og navnet på sykepleier som skriver og godkjenner rapporten. Den andre delen er åpen slik at sykepleierne kan dokumentere pasientens status i fritekst. Imidlertid er denne delen strukturert i samsvar med VIPS-modellen (jf. Ehrenberg, et al., 1996), noe som innebærer at sykepleier velger relevante søkeord fra alle tilgjengelige søkeord på andre nivå i VIPS-modellen. Bare denne andre delen av sykepleier rapporten ble inkludert i videre analyse i delstudie III.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte pasienter i delstudie II og III

		Delstudie II (N=102)		Delstudie III (N=70)	
		n	(%)	n	(%)
Kjønn	Menn	43	(42.2)	31	(44.3)
	Kvinner	59	(57.8)	39	(55.7)
Alder	70-84	55	(53.9)	32	(45.7)
	85-95	47	(46.1)	38	(54.3)
Bosituasjon	Bor alene	71	(69.6)	47	(67.1)
	Bor sammen	31	(30.4)	23	(32.9)
Boligsituasjon	Egen bolig	28	(27.5)	20	(28.6)
	Omsorgsbolig/bo-service	74	(72.5)	50	(71.4)
Avstand til sykehus	< ½ time	54	(52.9)	34	(48.6)
	> ½ time	48	(47.1)	36	(51.4)
Type innleggelse	Ø.hjelp	86	(84.3)	58	(82.9)
	Elektiv	16	(15.7)	12	(17.1)
Reinnleggelse	Ja	25	(24.5)	17	(24.3)
	Nei	77	(75.5)	53	(75.7)
Type medisinsk avdeling	Geriatrisk	32	(31.4)	29	(41.4)
	Generell medisin	70	(68.6)	41	(58.6)
Lengde på opphold	1-6 dager	53	(52.0)	32	(45.7)
	7-29 dager	49	(48.0)	38	(54.3)

Delstudie IV

Ved hjelp av case studie metodologi ble sykepleieres informasjonsutveksling knyttet til overføring av eldre pasienter mellom medisinsk avdeling ved et lokalt sykehus i Midt-Norge og hjemmesykepleien i en kommune i dette sykehusets nedslagsfelt studert. Hver pasients sykehusinnleggelse, det vil si fra innleggelse til hjemkomst, ble betraktet som en enkelt case. Kriterier for inklusjon var at pasientene skulle være 70 år eller eldre, være samtykkekompetente, og at de var hjemmeboende og mottakere av hjemmesykepleie før og etter innleggelsen. Pasienter som skulle skrives ut til et høyere omsorgsnivå og ikke til eget hjem etter sykehusoppholdet ble ekskludert. Pasientene ble rekruttert av kontaktpersoner ved sengepostene. Doktoranden hadde ingen kontakt med pasientene. Pasientene som dannet utgangspunkt for casene var en mann og åtte kvinner i alderen 70 til 95 år (M=85). Karakteristika ved de inkluderte pasientene er vist i tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over inkluderte pasienter delstudie IV

Case	Kjønn	Alder	Årsak til innleggelse	Type innl.	Reinnl.	Ant. døgn	Bosituasjon
1	Kvinne	80	Pneumoni	Ø.hjelp	Nei	12	Alene i egen bolig
2	Kvinne	91	Trombocytose	Elective	Nei	7	Alene i egen bolig
3	Kvinne	78	Syncope	Ø.hjelp	Nei	5	Alene i egen bolig
4	Mann	89	Pneumoni	Ø.hjelp	Nei	3	Med kone i egen bolig
5	Kvinne	85	Syncope	Ø.hjelp	Ja	24	Med mann i egen bolig
6	Kvinne	70	KOLS	Ø.hjelp	Nei	5	Alene i omsorgsbolig
7	Kvinne	79	Pneumoni	Ø.hjelp	Nei	6	Med mann i egen bolig
8	Kvinne	88	Syncope	Ø.hjelp	Ja	3	Alene i omsorgsbolig
9	Kvinne	95	Pneumoni	Ø.hjelp	Nei	6	Alene i bo- servicesent.

Forut for studien ble det gitt muntlig informasjon ved avdelingsmøter ved sykehuset og i kommunen. I tillegg ble skriftlig informasjon og forespørsel om deltakelse viderefremmet via avdelingssykepleierne til samtlige sykepleiere ved hjelp av e-post. I alt 21 sykepleiere (en mann og 20 kvinner) deltok i studien, enten direkte i intervju og/eller observasjoner, og/eller indirekte som forfattere av dokumentasjon i pasientjournal. Deltakerne var i alderen 23-58 år (median=40 år), og hadde mellom 0 og 35 års erfaring som sykepleiere (median=13 år). Fem hadde videreutdanning i geriatri.

Ved å alternere mellom ikke-deltakende observasjon, kvalitative intervju og dokumentgransking ble informasjonsutvekslingen knyttet til hver enkelt pasients sykehusinnleggelse studert. Observasjon var rettet mot sykepleieaktiviteter relatert til utveksling av informasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien, og inkluderte så som møter, telefonsamtaler og arbeid med sykepleiedokumentasjon. Feltnotater ble håndskrevet underveis, og disse ble transkribert umiddelbart etter hver økt. I tillegg til at observasjonen skulle gi innsikt i når og hvordan informasjon ble utvekslet, hadde den også til hensikt å fange opp den kommunikasjonen som skjedde muntlig mellom sykehuset og hjemmesykepleien. For å fange opp helheten i disse samtalerne, ble det gjort lydopptak som senere ble transkribert.

Åpne ustrukturerte intervju (n=30) ble gjennomført med sykepleiere som var involvert i omsorgen for pasienten, både ved sykehuset og i hjemmesykepleien. Intervju med sykepleiere ved sykehuset skjedde mens pasienten var innlagt. Sykepleiere i hjemmesykepleien ble intervjuet like etter at de hadde vært på første besøk etter pasientens hjemkomst. Intervjuene varte i gjennomsnitt 10 minutter.

Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene, og disse ble senere transkribert. Data fra intervjuene ble brukt for analyse av når og hvordan informasjonsutvekslingen skjer.

To typer sykepleiedokumentasjon fra sykehusets pasientjournal ble gransket. Den første, sykepleierapporter sendt ved overføring, utgjorde data for analyse av skriftlig informasjonsutveksling. Ettersom det ikke ble identifisert noen rapporter fra hjemmesykepleien ved innleggelse, var det kun utskrivingsrapporter som inngikk i denne analysen. Den andre typen dokumentasjon, sykepleienotat for utreiseplanlegging, ble brukt som data for analyse av når og hvordan informasjonsutvekslingen skjer.

Analyser

I avhandlingen er både kvalitative og kvantitative analysemetoder anvendt. Statistiske analyser ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 19.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). NVivo versjon 9.0 for Windows ble benyttet for den kvalitative analysen i delstudie IV.

Delstudie I

Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Første og andreforfatter diskuterte betydningen av dataene umiddelbart etter avslutningen av fokusgruppeintervjuer. Intervjutekstene ble senere analysert i flere trinn. For å validere teksten og for å få et helhetlig bilde av hvert intervju og av alle intervjuene sammen, ble teksten i sin helhet først lest gjennom samtidig som en lyttet til lydopptaket. Deretter ble teksten sortert i ulike innholdsområder. Videre ble teksten delt inn i meningsenheter som ble kondensert og merket med en kode. Kodene ble sammenlignet for likheter og forskjeller, og til slutt ble temaer konstruert. Oppsummeringene fra fokusgruppeintervjuene ble anvendt i datavalideringen. Den første forfatteren leste den transkriberte teksten for å verifisere temaer og undertemaer. Andre, tredje og siste forfatter leste intervjumaterialet og dets analyse for å sjekke troverdighet og diskutere mulige tolkninger inntil konsensus ble nådd (Patton, 2002).

Delstudie II

Frekvenser ble brukt til å beskrive karakteristika ved pasient og pasientforløp, samt prevalens av sykepleierrapporter. Bivariat sammenheng mellom utskrivingsrapport og karakteristika ved pasient og pasientforløp ble undersøkt ved hjelp av Pearson Chi-kvadrat-test, og odds ratio (OR) beregnet for hver uavhengige variabel. Logistisk regresjon (Enter) ble brukt for å kvantifisere assosiasjoner mellom pasient- og pasientforløpskarakteristika og tilstedeværelse av utskrivingsrapport. Et konfidensintervall (CI) på 95 % ble beregnet for OR. Hosmer og Lemeshow goodness-of-fit test ble anvendt for å undersøke hvor godt modellen passet for data. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$. For å vurdere mulige lineære avhengigheter mellom kovariater inkludert i modellen, ble det utført en test av multikollinearitet (VIF).

Delstudie III

Frekvenser ble brukt til å beskrive karakteristika ved pasient og pasientforløp, samt innhold i utskrivingsrapportene. Gjennomsnitt, standardavvik og t -test for uavhengige utvalg ble utført for å vise og utforske forskjeller i anvendte VIPS søkeord i utskrivingsrapportene i forhold til karakteristika ved pasient og pasientforløp.

For å måle omfanget av anvendte VIPS søkeord i utskrivingsrapporten, ble det laget tre summative skalavariabler. Den første skalaen inkluderte alle 15 søkeord, hvor utskrivingsrapporter som inneholdt alle søkeordene skåret maksimalt (15), mens de rapportene som ikke inneholdt noen søkeord skåret lavest (0). De andre to skalaene ble laget for å måle i hvilken grad psykisk og fysisk relaterte søkeord ble anvendt. Skala for "Fysisk relaterte søkeord" (Chronbach's $\alpha = 0.80$) inkluderte søkeordene: respirasjon/sirkulasjon, ernæring, eliminasjon og aktivitet. Utskrivingsrapporter som inneholdt alle skåret maksimalt (4), mens de som ikke inneholdt noen elementer i det hele tatt skåret lavest (0). Skala for "Psykisk relaterte søkeord" (Chronbach's $\alpha = 0.75$) inkluderte søkeordene kommunikasjon, kunnskap/utvikling, søvn, smerter/sansetilstand, psykososialt/emosjonelt og psykososialt/relasjoner. Rapportene som inneholdt alle søkeordene skåret maksimalt (6), mens de som ikke inneholdt noen i det hele tatt skåret lavest (0).

Gjennomsnitt, standardavvik og uavhengig utvalgs t -test ble utført for å undersøke forskjeller i gjennomsnitt for anvendte VIPS søkeord i utskrivingsrapportene i forhold til karakteristika ved pasient og pasientforløp. For å undersøke om VIPS søkeord kan predikeres ut fra pasient og pasientforløp, ble multippel lineær regresjonsanalyse brukt. Skalaene for fysisk relaterte og psykisk relaterte søkeord ble brukt som avhengige variabler, mens karakteristika ved pasient og pasientforløp ble brukt som uavhengige variabler. De uavhengige

variablene ble valgt på grunnlag av resultater fra t-testene og gjennomlesning av tidligere litteratur på området. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$.

Delstudie IV

For å identifisere informasjonsprosessen, det vil si når og hvordan sykepleierne utveksler informasjon om pasienten, ble transkriberte intervju, sykepleienotat for utreiseplanlegging, samt feltnotater analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Krippendorff, 2004).

For å identifisere og beskrive innholdet av pasientinformasjonen som ble utvekslet, ble den skriftlige og muntlige kommunikasjonen analysert ved hjelp av både kvantitativ og kvalitativ innholdsanalyse (Krippendorff, 2004). Først ble tekst fra utskrivingsrapportene (det vil si den delen hvor sykepleierne dokumenterer fri tekst strukturert i henhold til VIPS) og transkripsjoner fra den muntlige kommunikasjonen overført ordrett til NVivo 9.0 programvare. Videre ble hver mening i teksten individuelt analysert og sortert i samsvar med søkeord i VIPS-modellen. Selv om VIPS i utgangspunktet ble utarbeidet for gransking av skriftlig tekst, anser vi den som et hensiktsmessig rammeverk for analyse i denne studien, ettersom muntlig kommunikasjon mellom sykepleiere i forbindelse med pasientoverføring er ansett som supplement til den skriftlige kommunikasjonen. Meninger sortert i henhold til VIPS søkeord ble videre gransket for å avdekke hvordan pasientens behov, tiltak og evalueringer ble beskrevet. Ved bruk av kvantitativ innholdsanalyse ble forekomsten av caser som inneholdt skriftlig og muntlig informasjon i henhold til VIPS tallet opp og sammenstilt i en tabell.

Datainnsamling og analyse foregikk om hverandre i en iterativ prosess hvor tidligere innsamlet data ga utgangspunkt for videre datainnsamling og analyse innenfor hver case. Etter analyse av hver enkelt case, ble det gjort en analyse på tvers av alle casene. Tredje og fjerde forfatter leste materiale og analyse for å sjekke troverdighet og diskutere mulige tolkninger inntil konsensus ble nådd (Patton, 2002).

Etiske overveielser

Prosjektet ble utført i samsvar med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2008), og ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt-Norge (dok.ref.: 2009/815). Tillatelse til gjennomføringen ble også innhentet fra administrasjon ved sykehuset (I-IV) og i kommunen (I, IV) som utgjorde forskningskonteksten. Informert samtykke ble innhentet fra alle inkluderte pasienter (II, III og IV) og sykepleiere (I og IV). Pasientene som deltok ble rekruttert av kontaktpersoner (avdelingssykepleiere og sykepleiere) ved sengepostene ved sykehuset, og det var også disse som innhentet samtykke fra pasientene etter å ha videreformidlet informasjon om studien både muntlig og skriftlig. Doktoranden hadde ingen kontakt med pasientene. Sykepleierne som deltok fikk både muntlig og skriftlig informasjon før datasamlingen tok til. Alle deltakere ble lovet konfidensialitet, og at de kunne værre trygge på at deres anonymitet vil bli ivaretatt når funnene blir presentert. Det ble også informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

RESULTAT

Barrierer for informasjonsutveksling (I)

Hensikten med delstudie I var å beskrive barrierer som påvirker sykepleieres informasjonsutveksling under overføring av eldre pasienter mellom sykehus og hjemmesykepleie. På bakgrunn av den kvalitative innholdsanalysen ble det formulert tre hovedtemaer som beskriver sykepleiernes opplevde barrierer for informasjonsutveksling. Disse temaene inkluderte flere undertemaer. Se tabell 4.

Tabell 4: Barrierer for informasjonsutveksling

Undertema	Tema
Mangel på motivasjon Mangel på kontroll Mangel på kunnskap	Barrierer assosiert med sykepleier
Liten tilgjengelighet Ulike syn Mangel på tillit	Barrierer assosiert med mellommenneskelige prosesser
Mangel på ressurser Uklare ansvarsforhold Manglende kontinuitet i personalet Uhensiktsmessige rutiner og retningslinjer	Barrierer assosiert med organisasjonen

Barrierer assosiert med sykepleier refererer til personlige egenskaper hos sykepleieren som kan påvirke hans/hennes utøvelse av sykepleie, inkludert utveksling av informasjon. Temaet inkluderer tre undertema, hvor *mangel på motivasjon*, har å gjøre med sykepleierens manglende insentiv til å prioritere oppgaver knyttet til dokumentasjon og informasjonsutveksling. Slike oppgaver ble av flere sett på som tidkrevende, at de kom på bekostning av den tiden de hadde til rådighet med pasienten, og at de derfor av og til ble bortprioritert. *Mangel på kontroll* refererer til en stressende arbeidssituasjon som påvirker sykepleierens evne til å gjennomføre viktige oppgaver. En kompleks og uforutsigbar arbeidsdag, preget av stadige avbrytelser og krav fra pasienter, pårørende og kolleger oppleves belastende, og tvinger stadig sykepleieren til å skifte fokus fra en oppgave til en annen. *Mangel på kunnskap* handler om egen eller den andre partens usikkerhet og uvitenhet om hvor og hvordan informasjonen skal sendes.

Barrierer assosiert med mellommenneskelige prosesser er knyttet til informantenes opplevelse av avhengighet og påvirkning mellom personer eller grupper. Temaet omfatter tre undertema. *Liten tilgjengelighet* ble uttrykt av sykepleiere både ved sykehuset og i hjemmesykepleien som en årsak til dårlig kontakt og inadekvat informasjonsutveksling mellom nivåene. Manglende kontaktinformasjon fører til at mye tid må brukes på å lete seg fram til riktig person eller instans, og av og til når ikke beskjeder fram eller de ender opp hos noen som ikke kjenner pasienten godt nok til å stille viktige oppfølgingsspørsmål som er viktige for kontinuiteten. *Ulike syn* refererer til ulike perspektiv og verdensbilder hos sykepleiere ved sykehus og hjemmesykepleie. Ulike syn på pasienten og hans behov, og derved ulike syn på hva som er viktig informasjon, kan medføre at en ikke gir den informasjonen som den andre forventer. *Mangel på tillit* refererer til barrierer som oppstår når sykepleierne enten har manglende tillit til informasjonen de mottar, eller en opplevelse av at andre ikke stoler på den informasjonen de selv gir.

Barrierer assosiert med organisasjonen refererer til organisatoriske forhold som informantene synes å ha liten makt og innflytelse over. Temaet omfatter fire undertema, hvor det første, *mangel på ressurser* omhandler opplevelse av mangel på tid, bemanning og utstyr. Knapphet på slike ressurser kan medføre at oppgaver knyttet til informasjonsutveksling blir utsatt, glemt eller bortprioritert. *Uklare ansvarsforhold* går på at ansvaret for pasienten er uavklart eller ikke gjort godt nok kjent, noe som kan gjøre at ingen sikrer at nødvendig informasjon om pasienten blir utvekslet. *Manglende kontinuitet i personalet* refererer til at en og samme sykepleier ikke kan ta hånd om den totale informasjonsutvekslingen for pasienten på grunn av arbeidstid i turnus og deltidsansettelser. *Uhensiktsmessige rutiner og retningslinjer* inkluderer mangel på rutiner og usikkerhet i forhold til retningslinjer som er tenkt å regulere utvekslingen av informasjon. Konsekvensene blir at hyppighet og innhold i telefonisk kontakt blir tilfeldig, og at forsendelse av skriftlig informasjon kan komme på avveie.

Sykepleierapporter ved pasientoverføring, forekomst og sammenhenger (II)

Målet med delstudie II var å undersøke forekomst av sykepleierapporter sendt mellom hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter, og å identifisere sammenhengen mellom forekomst av sykepleierapporter og karakteristika ved pasient og pasientforløp.

Sykepleierapport sendt fra hjemmesykepleie til sykehus ved innleggelse ble identifisert for kun 1 av de totalt 102 pasientforløpene, et utvalg som dermed var for lite for statistiske beregninger og ble derfor ikke nærmere undersøkt. Utskrivingsrapporter sendt fra sykehuset til hjemmesykepleien ble identifisert for 70 (68,6 %) av pasientforløpene.

Multivariat logistisk regresjon viste at utskrivingsrapport sendt fra sykehuset til hjemmesykepleien var signifikant assosiert med karakteristika ved pasient (alder og kjønn) og pasientforløp (type medisinsk sengepost og lengde på oppholdet). Ved innleggelse ved geriatrisk enhet var oddsen 9,54 større ($p < 0,01$) for at utskrivingsrapport var sendt sammenlignet med innleggelse ved generell medisinsk sengepost. For pasienter i aldersgruppen 85-95 var det 4,10 ganger større sjanse ($p < 0,01$) for at utskrivingsrapport var sendt sammenlignet med de i aldersgruppen 70-84. For sykehusinnleggelser med en varighet på 7 dager eller mer var oddsen 3,02 større ($p < 0,05$) for at utskrivingsrapport var sendt sammenlignet med sykehusinnleggelser som varte 1-6 dager. Mannlige pasienter hadde 2,92 ganger større sjanse ($p < 0,05$) for at utskrivingsrapport var sendt sammenlignet med kvinnelige pasienter.

Utskrivingsrapportens innhold (III)

Hensikten med delstudie III var å undersøke innholdet i sykepleierapporter som sendes fra sykehus til hjemmesykepleie når eldre pasienter utskrives, og å identifisere sammenhenger mellom innholdet i sykepleierapportene og karakteristika ved pasient og pasientforløp.

De hyppigst forekommende VIPS søkeordene var "ernæring" og "aktivitet", mens "åndelig/kulturelt" og "seksualitet/reproduksjon" ikke ble funnet i noen av rapportene. Se tabell 5. Gjennomsnittsskåren for i hvor stor grad søkeord generelt var anvendt i sykepleierapporten var 8,34 (av maksimalt 15, SD 2,88). Gjennomsnittsskåren for anvendelse av *psykisk* relaterte søkeord var 3,16 (av maksimalt 6, SD 1,87), mens den for *fysisk* relaterte søkeord var 3,66 (av maksimum 4, SD 0,88).

Tabell 5. Forekomst av VIPS-søkeord i utskrivingsrapport (N=70)

VIPS søkeord	n	(%)
Kommunikasjon	49	(70.0)
Kunnskap/utvikling	36	(51.4)
Respirasjon/sirkulasjon	60	(85.7)
Ernæring	67	(95.7)
Eliminasjon	62	(88.6)
Hud/vev	43	(61.4)
Aktivitet	67	(95.7)
Søvn	48	(68.6)
Smerte/persepsjon	48	(68.6)
Seksualitet/reproduksjon	0	(0.0)
Psykososialt - Emosjonelt	20	(28.6)
- Relasjoner	20	(28.6)
Åndelig/kulturelt	0	(0.0)
Velvære	20	(28.6)
Sammensatt status	44	(62.9)

Rapportens innhold og karakteristika ved pasient og pasientforløp

For anvendte søkeord generelt ble det funnet en signifikant forskjell for kjønn ($p < 0.05$), hvor forekomsten var gjennomsnittlig høyere i sykepleierapporter for kvinner enn for menn. En stor, men ikke signifikant, forskjell, ble også funnet for type medisinsk avdeling, hvor gjennomsnittlig forekomst var større i rapporter ved geriatrisk enhet enn ved den generelle sengeposten. Det ble også funnet en stor men ikke signifikant forskjell for boligsituasjon, hvor sykepleierapporter for pasienter bosatt i omsorgsboliger/ bo- og servicesenter hadde høyere forekomst enn sykepleierapporter for pasienter som bodde i egne hjem. Forskjeller i gjennomsnittskår ble også funnet for *psykisk* relaterte søkeord, hvor forekomsten var signifikant høyere for kvinnelige enn for mannlige pasienter ($p < 0.001$), for pasienter i den eldste aldersgruppen enn for pasienter i den yngste aldersgruppen ($p < 0.05$), og for pasienter innlagt ved geriatrisk enhet enn for pasienter innlagt ved generell medisinsk avdeling ($p < 0.001$). Når det gjelder gjennomsnittskår for *fysisk* relaterte søkeord, var denne signifikant høyere for pasienter innlagt ved generell medisinsk avdeling enn for pasienter innlagt ved geriatrisk enhet ($p < 0.05$).

Regresjonsanalysen viste at type medisinsk avdeling var en signifikant prediktor for *fysisk* relaterte søkeord. Type medisinsk avdeling kunne forklare 11,7 prosent av variasjonen i anvendte fysisk relaterte søkeord i sykepleierapportene. Modellen for *psykisk* relaterte søkeord viste at både kjønn og type medisinsk avdeling var signifikante prediktorer. Modellen kunne forklare 15,4 prosent av variasjonen i anvendte psykisk søkeord i sykepleierapportene, og type medisinsk avdeling var av størst betydning.

Utteksling av muntlig og skriftlig informasjon – ni caser (IV)

I delstudie IV var hensikten å identifisere og beskrive innholdet i skriftlig og muntlig informasjon som utveksles mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus i forbindelse med eldre hjemmeboende pasienters sykehusinnleggelse, og å identifisere når og hvordan denne informasjonen utveksles.

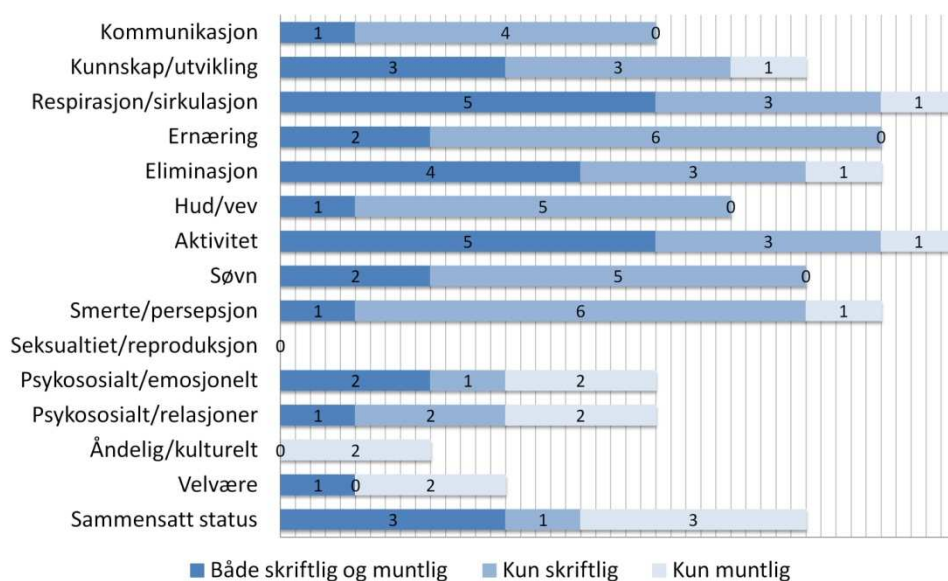
Kommunikasjonsprosessen

Utteksling av informasjon mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehuset skjer i all hovedsak i forbindelse med utskriving. Det ble ikke gitt informasjon fra hjemmesykepleien til sykehuset ved innleggelse for noen av casene. Tre kommunikasjonskanaler for pasientinformasjon ble identifisert; skriftlig i form av utskrivingsrapport fra sykehuset til hjemmesykepleien, muntlig i form av telefonrapport fra sykepleier ved sykehuset til sykepleier i hjemmesykepleien, og muntlig i form av møte mellom sykepleier ved sykehuset og pasientkoordinator (sykepleier) ved bestillerenheten for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Hensikten med møtene mellom sykehus og bestillerenheten var både å gi informasjon om pasientens helsetilstand som grunnlag for vedtak om hjelpetiltak i kommunen, samt å gjøre sykepleiere i hjemmesykepleien i stand til å forberede mottak og videre oppfølging av pasienten. Bare pasienter som sykehuset vurderte å ha endrede eller nye behov ble tatt opp på disse møtene. Mens sykepleierapporten er enveis kommunikasjon, åpner telefonrapporten og møtet med bestillerenheten for utveksling av informasjon begge veier. Imidlertid må sistnevnte betraktes som en indirekte kommunikasjonskanal, hvor pasientkoordinator, som vanligvis ikke kjenner pasienten, er videreformidler av informasjon mellom sykepleier ved sykehuset og hjemmesykepleien.

Telefonrapport ble gitt av sykepleier ved sykehuset samme dag som pasienten ble utskrevet. Disse varte i gjennomsnitt 3 minutter. I de fleste tilfellene brukte sykepleier mer tid på å komme i kontakt med riktig person enn på selve telefonsamtalen. Telefonrapporter ble gitt for 7 av casene, hvorav det for to ble gitt to ganger. Møte mellom sykepleier og pasientkoordinator i kommunen inkluderte 6 av casene, hvorav den med det lengste sykehusoppholdet ble diskutert ved tre anledninger. Møtene varte i gjennomsnitt 6 ½ minutt. Utskrivingsrapport ble sendt fra sykepleier ved sykehuset til hjemmesykepleien for åtte av pasientene. Disse inneholdt fra 112 til 818 ord (M=382, Median= 343).

Forekomst skriftlig og muntlig informasjon i henhold til VIPS

Ser man på den skriftlige og muntlige kommunikasjon under ett, er de hyppigst forekommende VIPS-søkeordene "Respirasjon/sirkulasjon" og "Aktivitet". Det ble gitt informasjon om dette for alle ni casene. Opplysninger i forhold til "Seksualitet/reproduksjon" ble derimot ikke gitt i noen av tilfellene. Ser man isolert på den skriftlige kommunikasjonen, ble det hyppigst gitt informasjon i forhold til "Respirasjon/sirkulasjon", "Aktivitet" og "Ernæring". De områdene som det oftest ble gitt informasjon om muntlig var "Sammensatt status", "Respirasjon/sirkulasjon" og "Aktivitet". Som vist i figur 2, så er det stor variasjon når det gjelder hva som kommuniseres kun skriftlig, kun muntlig, eller både skriftlig og muntlig. Søkeordet "Åndelig/kulturelt" peker seg ut her, ettersom det er det eneste området som utelukkende kommuniseres muntlig.



Figur 2: Oversikt caser med informasjon i tråd med VIPS identifisert i muntlig og skriftlig kommunikasjon (N=9)

Beskrivelser innenfor VIPS

Analysen av den muntlige og skriftlige informasjonsutvekslingen viste stor variasjon med hensyn til innhold. Mest omfattende beskrivelser ble funnet under "Aktivitet", og mest kortfattet var beskrivelsene relatert til "Søvn". Med unntak av for "Eliminasjon", ble det i liten grad gitt opplysninger om iverksatte sykepleietiltak. Opplysninger om pasientens subjektive opplevelse var sjelden gitt, og forekom bare i den muntlige kommunikasjonen. Det ble funnet forskjeller i den muntlige og den skriftlige informasjonen relatert til psykososiale forhold og sammensatt status. For "Psykososialt/**emosjonelt**" inneholdt den skriftlige informasjonen mer objektive beskrivelser, mens den muntlige også inkluderte pasientens egen opplevelse. For "Psykososialt/**relasjoner**" inneholdt de skriftlige rapportene i hovedsak opplysninger om hvorvidt pårørende hadde vært på besøk, mens den muntlige informasjonen inneholdt mer detaljer om kvaliteter ved forholdet mellom pasient og pårørende. Når det gjelder opplysninger relatert til "Sammensatt status", så ble dette i stor grad mer detaljert og utfyllende beskrevet i den muntlige kommunikasjonen enn i den skriftlige.

DISKUSJON

Resultatdiskusjon

Hensikten med denne avhandlingen har vært å utvikle kunnskap om sykepleieres informasjonsutveksling knyttet til overføring av eldre pasienter mellom medisinsk sengepost og hjemmesykepleie. Mens de fleste andre studier har utforsket informasjonsutvekslingen kun en vei, det vil si fra hjemmesykepleien til sykehus eller fra sykehus til hjemmesykepleien, har denne avhandlingen tatt i betraktning hele pasientforløpet fra innleggelse til utskriving, og både det som overføres muntlig og det som sendes skriftlig. I tillegg har avhandlingen belyst sykepleiernes egne opplevelser av informasjonsutvekslingen, ved å studere deres oppfatninger av hva som kan hindre utveksling av informasjon mellom nivåene.

Brist i informasjonsflyten mellom nivåene

Resultater fra delstudie II og IV viser betydelig svikt i informasjonsflyten mellom sykepleierne ved sykehus og i hjemmesykepleie. Kun i et av de 102 pasientoverføringene ble det sendt sykepleierrapport både ved innleggelse og utskriving (II). Dette er i stor kontrast til funnene gjort av Doare et al. (2009), hvor 37 % (n=773) av pasientoverføringene inkluderte både innleggelsesbrev fra fastlege samt epikrise ved utskriving. Også når en kun ser på forekomst ved innleggelse skiller disse funnene seg mye fra tidligere studier som har sett på kommunikasjon mellom leger (Boockvar, et al., 2005; Doare, et al., 2009). Utskrivingsrapporter ble identifisert for nesten 69 % av pasientene ved utskriving i delstudie II, noe som virkelig er i stor kontrast til forekomsten av dokumenter ved innleggelse. På den annen side, ser man at det allikevel var nesten en tredjedel av pasientene som reiste hjem og hvor hjemmesykepleiere ikke hadde mottatt utskrivingsrapport fra sykehuset. Funnene er nesten i samsvar med tidligere studier av kommunikasjon mellom leger (Kripalani, et al., 2007), men derimot i kontrast til tidligere studier som har fokusert på kommunikasjon mellom sykepleiere, hvor forekomsten av utskrivingsrapporter har vært rapportert så lav som 5 % (Björvell, et al., 2002). Studien til Hellesø m.fl. (2004), som er mest relevant å sammenligne med fordi den inkluderte kun pasienter utskrevet til hjemmesykepleie, rapporterte en forekomst på 58 %. Data for delstudie II kan ikke fortelle hvorvidt andre former for informasjonsutveksling er anvendt ved innleggelse. Flere studier har vist at informasjonsutveksling mellom sykehus og primærtjeneste i stor grad skjer gjennom uformell kommunikasjon (Hellesø, et al., 2005; Paulsen & Grimsmo, 2008). Resultater fra delstudie IV viser imidlertid at muntlig kommunikasjon var knyttet til utskriving av pasientene, og kunne dermed ikke kompensere for manglende skriftlige rapporter ved innleggelse.

I delstudie IV ble informasjon i de fleste casene gitt både muntlig og skriftlig fra sykehuset ved utskriving. Muntlig informasjonsutveksling kan ha noen ulemper sammenlignet med skriftlig. Skriftlig informasjon utgjør en solid plattform for lagring av kunnskap fordi minne og konservering/bevaring skjer i de skrevne ord (Ong, 2012). Muntlig informasjon avhenger derimot av hukommelse, og dermed kan detaljer i informasjonen bli utelatt, glemt eller feilerindret. Sjansen for at det opprinnelige budskapet endres blir desto større når det kommuniseres over flere ledd, slik tilfellet var når pasientkoordinator ved bestillerenheten i kommunen videreformidlet informasjon fra sykepleier ved sykehuset til hjemmesykepleien (IV). Ettersom pasientkoordinator normalt ikke kjenner pasienten, kan også viktige oppfølgingsspørsmål av betydning for kontinuiteten i omsorgen bli utelatt. Tatt i betraktning pasientkoordinatorens rolle som "bestiller" (jfr. NPM organisering) kan det også være en mulighet for underestimering av pasientens behov når informasjonen bringes videre til "utøver", det vil si hjemmesykepleierne. Uansett, det vil være problematisk dersom sykepleier stoler på at informasjon gitt muntlig er tilstrekkelig, og derfor ikke legger ned særlig arbeid på den skriftlige rapporten.

Tatt i betraktning at pasienter har korte opphold på sykehuset versus kanskje måneder eller år som mottakere av hjemmesykepleie, kan det virke paradoksalt at sykepleiere ved sykehuset er "flinkere" til å levere informasjon om pasienten ved overføring enn hva hjemmesykepleierne er (II, IV). Imidlertid er det ikke nødvendigvis slik at langvarig bruk av hjemmesykepleie innebærer at hjemmesykepleierne er mer familiær med deres pasienter og at de er oppdaterte i forhold til pasientenes helsestatus. Hyppigheten av antall besøk varierer mye i hjemmesykepleien. Mens noen pasienter får assistanse flere ganger om dagen, kan noen få besøk sjelden, for eksempel i forbindelse med utlevering av medisiner i dosett en gang annenhver uke. I tillegg er ofte omsorgen for pasienten fordelt mellom mange pleiere, noe som kan innebære at måneder kan gå før en og samme sykepleier ser pasienten igjen. Denne mangelen på relasjonell kontinuitet, og mangel på kunnskap om pasienten, kan kompenseres med tilgjengelig sykepleiedokumentasjon. Imidlertid har studier vist at dokumentasjonen i hjemmesykepleien kan være både mangelfull (Gjevjon & Helleso, 2010) og utilgjengelig (Kihlgren, Fagerberg, Skovdahl, & Kihlgren, 2003). En forklaring kan være mangelen på motivasjon til å bruke tid på informasjonsutveksling på bekostning av åpenbart nødvendige tiltak for pasienten (I). Sykepleiere har gitt uttrykk for at prioritering er uunngåelig i hjemmesykepleien på grunn av stramme tidsskjema og lister som spesifiserer hvor mye tid som kan benyttes på hver pasient (Tønnessen, Nortvedt, & Forde, 2011). Siden NPM ble modell for organisasjonsstrukturen i kommunene, har hjemmesykepleien blitt oppdelt og fragmentert på grunn av at forholdet mellom administrativ funksjon og bemanning ble endret (Vabø, 2009). Mens ledere, i rollen som bestiller, må være

pådrivere for økt produktivitet og effektivitet, må helsepersonellet levere omsorgstjenester innenfor strenge standarder og begrenset autonomi. Ettersom hjemmesykepleien, i kontrast til institusjonstjenester, ikke har noen begrensninger i forhold til antall senger eller holdt sammen av vegger, har de vært betraktet som "a ward without wall" (Stuart, et al., 2008), hvor tjenestens omfang stadig ekspanderer. Dermed kan ikke sykepleierne begrense antall pasienter og de må prioritere selv om de anser det som en trussel mot omsorgskvaliteten, inkludert det å ta seg av informasjonsutvekslingen. Selv om det er understreket at sykepleiere i hjemmetjenesten trenger ekstraordinære kommunikasjonsferdigheter for å oppnå konkordans i planleggingen av omsorg (Olsson, Larsson, Flensner, & Back-Pettersson, 2012), har sykepleiere uttrykt mangel på støtte fra lederne til å tilrettelegge nok tid for dokumentasjon og planlegging (Kihlgren, et al., 2003).

En nærliggende forklaring på den lave forekomsten av sykepleierrapporter ved innleggelse (II, IV) er det faktum at de fleste innleggelser er definert som øyeblikkelig hjelp. Når en pasient blir innlagt på sykehus er det underforstått at han før eller senere skal utskrives, og vel vitende om dette starter sykepleierne gjerne utreiseplanleggingen allerede den dagen pasienten kommer inn. For hjemmesykepleierne derimot, kommer en øyeblikkelig hjelp innleggelse gjerne som en overraskelse og er dermed umulig å planlegge (I). Manglende dokumentasjon er rapportert som et problem i akuttsituasjoner i hjemmesykepleien (Kihlgren, et al., 2003). I tillegg kompliseres innhenting og formidling av informasjon av tidspress (I), stor fysisk avstand mellom der hvor pasienten bor og der hvor pasientjournalen befinner seg (Kihlgren, et al., 2003), og sykepleiernes problemer med å nå hverandre på telefonen (Olsson, et al., 2012). Sykepleierrapporten kan ettersendes på et senere tidspunkt, men dette fordrer enten at samme sykepleier er på jobb eller at beskjed om pasientens innleggelse rapporteres videre. Standardiserte prosedyrer og sjekklister kan være til hjelp som en påminnelse eller organisasjonsmessig verktøy for å fremme informasjonsutvekslingen (Hadjistavropoulos, Garratt, Janzen, Bourgault-Fagnou, & Spice, 2009; Kripalani, et al., 2007).

Mangel på sykepleierrapporter fra hjemmesykepleien kan også forklares ved at helsepersonell i primærhelsetjenesten i noen tilfeller er uvitende om at deres pasienter er innlagt på sykehus (I). Det kan være at pasienten legges inn av fastlege eller kanskje en legevakt som ikke engang kjenner til pasientens tilknytning til hjemmesykepleien. Dersom det siste er tilfelle, og pasienten bor alene og ikke har pårørende hos seg, vil spørsmålet om varsling til hjemmesykepleien avhenge av pasientens funksjonstilstand og evne til å fortelle. Betydningen av å bedre samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie er understreket for å sikre trygge pasientoverføringer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

Standardisering av informasjonsutvekslingen kan fremme kvalitet og sikkerhet under pasientoverføringer (Halasyamani, et al., 2006). Imidlertid viser delstudie I at selv om deler av informasjonsoverføringen og samarbeidet mellom organisasjonene var standardisert og formalisert gjennom skrevne policy og avtaler, fulgte ikke sykepleierne alltid disse fordi de av og til så på dem som uhensiktsmessige. På den måten implementerte de deres egne lokale praksiser for å kompensere for det de opplevde som svakheter i de formelle rutinene i organisasjonen. Dermed ble det et misforhold mellom organisasjonens formelle policy og den daglige aktiviteten, beskrevet av Argyris and Schön (1974) som uttrykt teori og bruksteori. Misforhold mellom uttrykt teori og bruksteori kan resultere i ineffektivitet i individuell praksis og splid i organisasjonen, noe som igjen vil motvirke muligheten for hensiktsmessige rutiner og vellykket informasjonsoverføring mellom sykepleiere.

Manglende fokus på psykisk helse

Resultater fra delstudie III og IV viste et manglende fokus på psykisk helse i både den informasjonen som ble gitt i den skriftlige rapporten og den som ble gitt muntlig. De hyppigst brukte VIPS søkeordene i utskrivingsrapportene var relatert til fysisk helse (III), mens informasjon som omhandler psykososial status og velvære var sjeldnere anvendt. Funnene er noe i kontrast til funnene hos Hellesø (2006), som fant at sykepleiere anvender søkeordet "psykososial" like mye som for eksempel "respirasjon/sirkulasjon" i utskrivingsrapporten. En forklaring til forskjellen kan være at Hellesø sin studie ble gjennomført under implementering av EPJ, og dette kan ha gitt en "novelty effect" (Polit & Beck, 2008) og sterk motivasjon og positive innstillinger blant sykepleierne til å forbedre dokumentasjonen. Det at verken søkeordet "seksualitet/reproduksjon" eller "eksistensielt/kulturelt" ikke kunne identifiseres i rapporten, er i samsvar med tidligere studier (Gunhardsson, et al., 2008; Hellesø, et al., 2004). Et interessant funn i delstudie IV var at opplysninger om den eksistensielle dimensjonen ble formidlet muntlig i to av casene. Siden dette gjaldt de pasientene som hadde lange sykehusopphold, kan det tyde på at eksistensielle behov blir et samtaleemne mellom sykepleier og pasient først når de er blitt noe familiære med hverandre. En forklaring på hvorfor opplysningene ikke var tatt med i utskrivingsrapporten, kan være at eksistensielle forhold oppfattes som et privat anliggende og nært knyttet til personens subjektive opplevelse. I delstudie IV var pasientens subjektive opplevelse nærmest fraværende, og forekom utelukkende i den muntlige informasjonsutvekslingen.

Favoriseringen av den fysiske dimensjonen i sykepleiernes dokumentasjon og informasjonsutveksling (III, IV) kan muligens reflektere en mangel på kunnskap og ferdigheter når det gjelder å respondere på andres omsorgsbehov i den faktiske

sykepleiepraksisen. I en studie ved langtidsavdeling innen eldreomsorg anså sykepleierne at deres evne til å imøtekomme psykososiale behov hos eldre mennesker (for eksempel det å møte døden, utrykke seksuelle behov, eller diskutere angstprovoserende eller vanskelige forhold) var dårligere sammenlignet med fysisk behov (Isola, Backman, Voutilainen, & Rautsiala, 2008). Et stort fokus på fysisk helse i dokumentasjonen kan muligens også forklares ut fra et overveiende biomedisinsk syn ved sykehus. Hyde et al. (2005) fant at sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalene ved sykehus var dominert av instrumentell rasjonalitet, "the voice of medicin", hvilket innebærer store mengder medisinsktekniske detaljer, og som først og fremst er relatert til fysisk status, på bekostning av opplysninger om pasientens følelser, sinnsstemning og opplevelse av sykdom. Funn fra Kärkkäinen et al. (2005) sin studie indikerer at manglende fokus på pasientens erfaringer i sykepleiedokumentasjonen også kan ha sammenheng med strukturen på dokumentasjonssystemet og formen og rutinene for rapportering.

Når det ikke utveksles adekvat informasjon om pasientens psykiske helsestatus ved overføring, kan dette naturlig nok få konsekvenser for oppfølgingen av sykepleie på neste nivå. Ved utskriving kan det medføre at hjemmesykepleiere i uvitenhet om endringer og svikt i pasientens psykiske helse ikke er i stand til å yte hensiktsmessig omsorg rettet mot pasientens spesifikke behov. I utvalget i delstudie III og IV bodde de fleste eldre alene i egne hjem, noe som innebærer at de ikke hadde pårørende hos seg som kunne bidra med viktig informasjon til hjemmesykepleierne. For sykepleiere ved sykehus kan manglende informasjon om pasientens habituelle kognitive tilstand skape usikkerhet i forhold til målsetting og sykepleietiltak under oppholdet. Forekomsten av psykiske lidelser som depresjon (Grav, Hellzen, Romild, & Stordal, 2012), delirium (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011) og demens (Jellinger & Attems, 2010) øker ved stigende alder. Dette er differensialdiagnoser med mange felletrekk i symptombildet (Engedal, 2008). Dersom sykepleier ved sykehuset ikke kjenner pasientens habituelle tilstand, eller hjemmesykepleier ikke kjenner til at tilstanden er endret under sykehusoppholdet, kan det lett skje at for eksempel en akutt tilstand av delirium blir forvekslet med demens. Konsekvensene av manglende informasjon om symptomer på delirium kan dermed føre til forverring i kognitiv og funksjonell status, økt sykkelighet, behov for institusjonsplass, eller endatil dødsfall (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Heldig er den som får ligge i en "geriatrisk" seng

Basert på resultater fra delstudie II og III kan det se ut til at hvilken type avdeling pasienten ligger ved under sykehusoppholdet kan ha betydning både for hvorvidt utskrivingsrapport sendes og for hvilket innhold den har. Overføring fra geriatrike enheter hadde mer enn ni ganger så stor sannsynlighet for å inkludere utskrivingsrapporter sammenlignet med generell medisinsk avdeling (II). Utskrivingsrapporter for pasienter ved den geriatrike enheten sammenlignet med generell medisinsk avdeling hadde større sjanse for å inneholde VIPS søkeord generelt, og psykisk relaterte søkeord spesielt (III). Det kan være flere forklaringer for disse funnene.

En forklaring kan være at omsorg ved overføring, inkludert kommunikasjon mellom helsepersonell, er ansett som en viktig kompetanse i geriatrisk omsorg (Coleman & Boulton, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Mer kvalifiserte og motiverte sykepleiere i geriatrike sykehusavdelinger kan være en annen forklaring (Bo, et al., 2009). På den aktuelle sykehusenheten hadde flere sykepleiere videreutdanning i geriatri. Imidlertid avhenger ikke sykepleieres motivasjon og ferdigheter bare av utdanning alene. Den aktuelle geriatrike enheten er organisert som et interdisiplinært team (det vil si med geriater, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut), noe som innebærer en helhetlig / bred tilnærming til pasientsentrert omsorg, hvor personalet kan kombinere kvalifikasjoner, erfaringer og kunnskap for å tilby gunstige kliniske resultater (Geriatric Interdisciplinary Advisory Group, 2006). Det faktum at geriatrisk enhet er bemannet med en liten gruppe personale kan også ha en betydning, ettersom mange studier har rapportert at mindre team har høyere grad av deltakelse, noe som igjen er forbundet med effektivitet (Xyrichis & Lowton, 2008). Mens pasienter ved generell medisinsk avdeling ofte har spesifiserte diagnoser, har eldre pasienter innlagt ved geriatrisk enhet vanligvis sammensatte behov, mulitsykelighet og ulike funksjonsbegrensninger. Derfor er bred geriatrisk vurdering en vanlig tilnærming brukt ved geriatrike spesialiteter, en prosess som innebærer vurdering og fastsettelse av pasientens medisinske, funksjonelle, psykososiale og miljømessige ressurser og problemer, og som resulterer i utarbeidelse av plan for behandling og oppfølgende pleie (Ellis, Whitehead, O'Neill, Langhorne, & Robinson, 2011). Det er nærliggende å anta at denne tilnærmingen, med sitt fokus på totalsituasjonen til pasienten, blir reflektert i sykepleiedokumentasjon selv om ikke alle pasientene i utvalget var "typiske" geriatrike pasienter. Dermed kan det være en forklaring på hvorfor sykepleiere ved geriatrisk enhet bruker flere psykisk relaterte VIPS søkeord i utskrivingsrapporten. Om vi følger den tanken, så kan den hyppige bruken av fysisk relaterte søkeord blant sykepleiere ved generell medisinsk avdeling forklares ut fra biomedisinsk fokus, det vil si et smalt fokus på fysiske symptomer hvor pasientens kropp er redusert til sine deler (Hyde, et al., 2005).

Metodologiske overveielser

Samtidig som avhandlingens mål har vært retningsgivende for de metodologiske valg som er gjort underveis, har anvendelsen av både kvalitative og kvantitative tilnæringer vært motivert ut fra ideen om at ulike metodologiske tilnæringer kompletterer hverandre. Generelt kan det sies at de kvantitative datasamlingene i avhandlingen gjorde det mulig å få kunnskap om informasjonsutvekslingens omfang og sammenhenger, mens de kvalitative datasamlingene gjorde det mulig å få forståelse for grunntrekk og særpreg ved informasjonsutvekslingen.

Gjennom avhandlingens design, strategi og gjennomføring er det tilstrebet å ta hensyn til kriterier for god forskningskvalitet. I og med at avhandlingens kvantitative og kvalitative delstudier er såpass ulike av karakter, gjennomgås disse separat med utgangspunkt i henholdsvis Cook og Campbell (Shadish, Cook, & Campbell, 2002) og Lincoln og Guba (1985) sine kvalitetskriterier.

Kvantitative tilnæringer (II, III)

Vurdering av forskningens kvalitet innenfor samfunnsvitenskapen har i tråd med positivistisk tradisjon tatt utgangspunkt i begreper som objektivitet, validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Guba & Lincoln, 1994). Innen metodelitteraturen vies spesielt begrepene validitet og reliabilitet stor oppmerksomhet, og de anses for å være de viktigste kriteriene for å vurdere kvaliteten på en studie (Polit & Beck, 2008). Mens reliabilitet refererer til nøyaktighet og konsistens, er validitet et mer komplekst begrep som omhandler i hvilken grad studiens slutninger er riktige og vel begrunnet. Cook og Campbell's (2002) validitetssystem er opprinnelig utviklet for eksperimentelle studier, men anses av flere (Kleven, 2008; Lund, 2005; Polit & Beck, 2008) å inneha prinsipper og strategier som et anvendelig også for å ivareta kvalitet i mer beskrivende undersøkelser. I deres typologi skilles det mellom fire former for validitet: *indre, begreps-, statistisk og ytre validitet*. Begrepet reliabilitet blir ikke behandlet som et selvstendig kriterium for kvalitet, men knyttes til begrepet statistisk validitet. Begrepet generaliserbarhet er relatert til begrepet ytre validitet. Lund (2005) understreker at validitet gjelder slutninger, og ikke metoder, data eller resultat. Dette innebærer at verken forskningsprosedyrer, data, eller resultater i seg selv kan inneha validitet. Det er kun slutninger som er gjort på *bakgrunn* av disse prosedyrer, data og resultat som har validitet.

Indre validitet

Indre validitet handler om hvorvidt slutninger om kausal sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel er gyldige (Shadish, et al., 2002). Det at delstudie II og III hadde tverrsnittdesign, medfører at det ikke er mulig å gjøre slutninger om

kausaltet. Når det for eksempel ble påvist en signifikant assosiasjon mellom "type medisinsk avdeling" og "utskrivingsrapport" (II), sier ikke dette noe om retning på en eventuell sammenheng, men kun at det sannsynligvis er en sammenheng. Selv om Cook og Campbells kriterium om kausalitet ikke kan nås, er flere av deres strategier for å oppnå indre validitet relevante. Den viktigste trusselen for indre validitet er at en ikke avdekker såkalte spuriøse sammenhenger, det vil si at en konstaterer en sammenheng mellom to variabler uten å avdekke at den skyldes en tredje utenforliggende variabel (Aalen, et al., 2006). Dette ble forsøkt tatt hensyn til ved å kontrollere for flere uavhengige variabler (karakteristika ved pasient og pasientforløp) i regresjonsmodellene. Regresjonsmodellene hadde imidlertid noe lav forklaringsverdi (30,7 % i delstudie II, og 11,7-15,4 % i delstudie III), noe som indikerer at andre forhold kan ha betydning. Data relatert til andre karakteristika (så som funksjonsstatus, innleggelser utenfor "kontortid", hyppighet når det gjelder assistanse fra hjemmesykepleien, karakteristika ved sykepleier, karakteristika ved den lokale konteksten) var ikke tilgjengelige.

Utvalgsskjevhet kan gi systematiske forskjeller i gruppene som studeres og dermed true den indre validiteten (Shadish, et al., 2002). Siden det ble anvendt en konsekutiv utvalgs metode og ingen randomisering, var det ikke mulig å sikre jevne grupper med hensyn til utenforliggende variabler som kunne ha forårsaket spuriøse sammenhenger. Etersom det ble anvendt tverrsnittsdesign hvor innsamling av data skjer på ett tidspunkt, er problemer knyttet til historie og modning (Shadish, et al., 2002) derimot minimalisert.

Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om hvorvidt operasjonalisering av teoretiske begrep som ønskes undersøkt er presise (Polit & Beck, 2008). Når skalaene for henholdsvis fysisk og psykisk relaterte VIPS søkeord skulle utarbeides (III), ble det tatt utgangspunkt i beskrivelsen av de enkelte søkeordene som inngår i VIPS-modellen (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2001). Faktoranalyse ble prøvd ut, men ga ingen tilfredsstillende forslag til inndeling sett ut fra ønsket om å skille mellom fysisk og psykisk dimensjon. Flere kombinasjoner av søkeord ble derfor prøvd ut ved å måle grad av intern konsistens ved hjelp av Chronbachs alfa. Tilfredsstillende reliabilitet er i seg selv ingen garanti for at skalaene er mål for det en ønsker å måle, og det kan diskuteres hvorvidt enkelte av søkeordene, for eksempel "smerte/persepsjon", er enten fysisk eller psykisk relatert. Ved å rapportere hvordan skalaene er operasjonalisert, samt hvilke vurderinger som ligger til grunn for disse operasjonaliseringene, er det lagt til rette for at leseren kan vurdere validiteten.

Innholdet i sykepleierapportene (III) ble målt ved å telle antall VIPS søkeord som sykepleierne hadde anvendt som overskrifter. Data kan ikke si noe om

hvorvidt sykepleierne har vært tro mot VIPS-modellen, det vil si; hvorvidt de valgte relevant overskrift/søkeord for den frie teksten som de skrev i rapporten.

Statistisk validitet

Statistisk validitet handler om hvorvidt slutninger gjort på bakgrunn av statistiske analyser om sammenheng mellom en uavhengig og avhengig variabel er gyldig. God statistisk validitet er en forutsetning for de andre validitetskravene, men en kan også ha god statistisk validitet uten at de andre tre kravene er innfridd. Shadish et al. (2002) nevner mange forhold som kan true den statistiske validiteten. Lav statistisk styrke er en trussel mot å gjøre type II-feil, og skjer oftest ved små utvalg og lavt signifikansnivå (Ringdal, 2013). I den logistiske regresjonsmodellen i delstudie II ble det funnet at alle de inkluderte uavhengige variablene var signifikant assosiert med den avhengige variabelen "sendt utskrivingsrapport". Mens det for "type medisinsk avdeling" og "alder" var signifikans på 0,01-nivå, var det for "kjønn" og "lengde på opphold" på 0,05-nivå. I delstudie III viste regresjonsmodellen for prediksjon av "Psykisk relaterte søkeord" at to av de inkluderte uavhengige variablene var signifikant assosiert med den avhengige variabelen. Mens det for "type medisinsk avdeling" var signifikant på 0,001-nivå, var det for "kjønn" på 0,05-nivå. I modellen for prediksjon av "Fysisk relaterte søkeord" ble det kun funnet signifikans for "type medisinsk avdeling", og da på 0,01-nivå. Et signifikansnivå på 0,05 er vanlig i samfunnsvitenskapelig sammenheng (Ringdal, 2013). På bakgrunn av signifikanstestene kan en derfor anta at slutninger om sammenhenger som er gjort ut fra de to modellene har god validitet. Imidlertid må det også tas hensyn til at statistisk styrke også avhenger av størrelsen på utvalget. I begge delstudier kunne det ligge en begrensning i størrelsen på subutvalgene, med for eksempel $n=29$ for gruppen "geriatrik avdeling". Imidlertid er de totale utvalgene innenfor anbefalte størrelser for regresjonsanalyse (Hosmer & Lemeshow, 2000; Vittinghoff & McCulloch, 2007).

God statistisk validitet avhenger av at forutsetningene for statistiske tester er til stede (Shadish, et al., 2002). Forutsetninger for den lineære regresjonsanalysen (III) var ivarett ved at avhengig variabel var kontinuerlig, det var lav multikollinearitet ($VIF < 1,1$, det vil si at det var ingen sterk sammenheng mellom de uavhengige variablene), det var tilnærmet normalfordelte residualer, og det var homoskedastisitet (residualene hadde lik varians for alle uavhengige variabler). I tråd med forutsetningene for logistisk regresjonsanalyse, var den avhengige variabelen "utskrivingsrapport" dikotom (verdi ja/nei) (II). Ettersom det ikke er den samme muligheten for å evaluere multikollinearitet i logistisk regresjon i SPSS, ble en test kjørt via lineær regresjon ($VIF < 1,1$). Når det gjelder t -test som ble gjort for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår for anvendte VIPS-søkeord i sykepleierrapportene (III), var avhengig variabel ("Fysisk relaterte søkeord",

”Psykisk relaterte søkeord” samt ”Alle VIPS-søkeord”) kontinuerlig, og utvalgene var uavhengige, tilfeldige og med tilnærmet normalfordeling.

Lav reliabilitet på mål utgjør en trussel mot statistisk validitet (Shadish, et al., 2002). I delstudie III ble reliabiliteten på skalaene ”Fysisk relaterte søkeord” og ”Psykisk relaterte søkeord” vurdert ved å måle grad av intern konsistens mellom indikatorene. Chronbachs α på henholdsvis 0,80 og 0,75 for de to skalaene indikerer at reliabiliteten er tilfredsstillende (jfr Ringdal 2013). Siden ”Alle VIPS søkeord” var en summativ skala konstruert for kun å måle omfanget av anvendte søkeord totalt og ikke latent egenskap, var det ingen hensikt å måle intern konsistens for denne.

Ytre validitet

Ytre validitet handler om hvorvidt resultatene kan generaliseres til andre individer, situasjoner eller tider enn den som er studert (Lund, 2005). På grunn av design og utvalgsstørrelse i delstudie II og III, er det hensiktsmessig å snakke om skjønsmessig generalisering og ikke en statistisk generalisering. En skjønsmessig generalisering baseres på rasjonell argumentasjon, og er i hovedsak avhengig av likheter og forskjeller mellom utvalget en har studert og populasjonen en trekker slutninger om (Kleven, 2008). I avhandlingen er studiens kontekst og utvalg forsøkt beskrevet så detaljert at funnene kan ha overføringsverdi til lignende kontekster i helsetjenesten.

Ut fra hensikten med delstudie II og III, var det viktig at utvelgelse ble gjort ut fra visse kriterier. For begge studier gjaldt dette at pasientene som dannet utgangspunkt for undersøkelsene skulle være 70 år eller eldre, inneha samtykkekompetanse, og at de var hjemmeboende og mottakere av hjemme-sykepleie før og etter sykehusinnleggelsen. Blant pasientene som ble inkludert var forekomsten av pasienter med hjertesvikt noe lav, tatt i betraktning av at dette er en vanlig tilstand hos eldre pasienter. En forklaring på dette kan være at det aktuelle sykehuset har en spesialenhet for pasienter med hjertelidelser, og denne enheten var ikke inkludert i denne studien. En annen årsak kan være det at vi kun identifiserte innleggelsesdiagnose, og hjertesvikt er ofte til stede som en sekundærdiagnose. På grunn av kravet om informert samtykke ble pasienter med kognitiv svekkelse ekskludert. Dermed må resultatene ses i lys av gruppen som er studert; eldre med samtykkekompetanse. Det at rekrutteringen av deltakere samt innsamling av sykepleierapporter ble gjort ved sykehuset, kan ha forårsaket en skjevhet i utvalget på grunn av økt bevissthet hos sykepleierne ut fra undersøkelsens fokus på informasjonsutveksling. Derfor kan det ikke utelukkes at dersom rekruttering og innsamling av rapporter hadde skjedd i hjemme-sykepleien, kunne kanskje utvalget inkludert flere pasienter med innleggelsesrapporter.

Kvalitative tilnærminger (I, IV)

Det synes å være enighet om at prinsippene bak reliabilitet og validitet også er viktige for kvalitative metoder (Kleven, 2008; Polit & Beck, 2008), noe som også gjenspeiles i de alternative kriteriene som er utarbeidet for kvalitativ forskning. I følge Lincoln og Guba (1985) handler det hele om *Trustworthiness*, at forskningen skal være **til å stole på**. I sitt rammeverk tar de utgangspunkt i det de mener har vært de fire hovedspørsmål til kvalitet innenfor den kvantitative tilnærmingen; spørsmål om forskningens sannhetsverdi, anvendbarhet, konsistens og nøytralitet. Ut fra disse spørsmål foreslår Lincoln og Guba fire alternative begrep¹ som tar hensyn til de kvalitative metodenes særpreg; *troverdighet*, *pålitelighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet*.

Troverdighet

Troverdighet er i følge Lincoln og Guba (1985) et spesielt viktig aspekt for å oppnå *trustworthiness* i kvalitativ forskning, og refererer til sannhetsgehalten i data og tolkningen av den. De foreslår flere aktiviteter som kan fremme troverdigheten. Den ene er *langvarig engasjement*, hvor hensikten er å lære kulturen, oppklare eventuell feilinformasjon en måtte ha, og å skape tillit. Langvarig engasjement var tilfelle i delstudie IV, hvor doktoranden gjennom observasjon, intervju og journalgransking knyttet til ni pasientforløp hadde dialog og samarbeid med sykepleiere i hjemmesykepleien og ved den medisinske avdelingen i en periode på om lag et år. Samtidig som de jevnlig dialogene bidro til å skape tillit, førte det lange samarbeidet til god innsikt i kulturen i de to tjenestene.

En fare med å oppholde seg i feltet over lengre tid, er at forskeren kan "*go native*", hvilket innebærer at forskeren identifiserer seg med informantene og mister muligheten til å se hva som faktisk hender. I følge Lincoln og Guba (side 304) er det ikke mulig å garantere at dette ikke skal skje, men "*awareness is, however, a great step toward prevention*". I arbeidet med denne avhandlingen bidro aktivt bruk av feltnotater samt diskusjon med kolleger til årvåkenhet. I tillegg var det også en fordel at kontakten med feltet varierte i intensitet (gikk noe tid mellom hvert pasientforløp som ble observert).

Forskeren går ikke ut i feltet "*in a mindless fashion*" (Lincoln & Guba, 1985, side 302), men har sin forforståelse og forventninger om hva en vil finne. Hvorvidt forskeren forblir fastlåst i sin forforståelse og dermed står i fare for å forvrengte sannhetsgehalten i data og tolkningen av dem, kan i følge Lincoln og Guba (ibid, side 302) avsløres gjennom feltnotater: "*If the researcher produces field notes and makes interpretations that are continuously predictable from the original formulation, then that*

¹ Disse begrepene korresponderer med begrepene indre validitet, reliabilitet, objektivitet og ekstern validitet.

investigator has either not spent enough time on site or has persisted against all logic in his or her ethnocentric posture." At troverdigheten kan styrkes gjennom langvarig engasjement kom klart til uttrykk i delstudie IV, hvor feltnotatene avslører at doktoranden har gjort nye oppdagelser siden prosjektplanen ble utarbeidet før arbeidet med avhandlingen startet.

Troverdigheten kan også fremmes gjennom det Lincoln og Guba kaller *iherdig observasjon*. Om forskjellen mellom langvarig engasjement og iherdig observasjon sier Lincoln og Guba (1985, side 304): "*If prolonged engagement provides scope, persistent observation provides depth*". Hensikten med iherdig observasjon er derfor å gå litt dypere, at en forsøker å identifisere de egenskaper og elementer i situasjonen som er mest relevant for problemstillingen, og fokuserer på dem i detalj. Dette må sies å være godt ivaretatt i delstudie IV.

I og med at doktoranden var til stede i deltakernes naturlige kontekst, ble det også mulig å observere den faktiske informasjonsutvekslingen, og ikke bare få informantenes beskrivelser av den. På den måten kunne en også avdekke eventuelt misforhold i mellom det Argyris og Schön (1974) kaller uttrykt teori (hva sykepleierne sier de gjør) og bruksteori (det sykepleierne faktisk gjør). I noen tilfeller var det misforhold mellom hvordan sykepleierne beskrev informasjonsprosessen og hvordan informasjonsutvekslingen faktisk foregikk (IV). Flere av sykepleierne ved sykehuset sa de *vanligvis* pleier å ta kontakt med hjemmesykepleieren for å innehente komparentopplysninger. Imidlertid skjedde ikke dette ved noen av de ni pasientforløpene. Årsaken til dette kan være at sykepleierne bevisst eller ubevisst snakker ut fra et idealbilde med rot i vedtatte faglige standarder, eller ut fra hva de antar doktoranden ønsker å høre. En svakhet ved observasjon som metode, er den såkalte "Hawthorne-effekten" (Mason, 2002), hvilket innebærer at informantenes atferd endres som følge av at de vet de blir observert. I delstudie IV er det sannsynlig at faren for denne effekten har blitt svekket gjennom doktorandens relativt langvarige engasjement i miljøet.

Triangulering kan også bidra til å fremme troverdigheten. Dette innebærer at en bruker flere eller ulike metoder, data, forskere og/eller teorier (Denzin & Lincoln, 2011). Dette er anvendt i både delstudie I og IV, om enn av ulik grad og typer. Mens *metode* for datainnsamlingen i delstudie I var fokusgruppeintervju, tillot casestudiedesignet i delstudie IV bruk av både individuelle intervju, observasjon og journalgransking. Tre former for *datatriangulering* er anvendt; *tid*, *sted* og *person*. Forskningen ble gjennomført flere steder, både ved sykehusets medisinske avdeling (to sengeposter) og ved flere lokaliteter i hjemmesykepleien. Denne formen for triangulering var viktig for å danne et helhetsbilde av sykepleiernes utveksling av informasjon under pasientforløpene i delstudie IV. I samme delstudie skjedde datainnsamlingen til ulike *tids*punkt. Pasientforløpene som dannet utgangspunkt for studien var spredt over en periode på om lag et år. I

tillegg var doktoranden til stede i feltet til ulike tider; både dag og ettermiddag/kveld, hverdag og helg, til ulike tider på året (også under ferieavvikling). *Persontriangulering* innebærer at data kommer fra personer fra ulike nivå (individuellt, grupper, organisasjoner) (Polit & Beck, 2008) eller også ulike typer personer (Adami & Kiger, 2005). I de kvalitative studiene i avhandlingen har data kommet fra sykepleiere både på individuelt nivå (individuelle intervju i delstudie IV), gruppenivå (fokusgruppeintervju i delstudie I og observasjon i delstudie IV) og organisasjonsnivå (både i delstudie I og IV). *Forskertriangulering* er anvendt ved at flere personer har inngått i forskningsteamet og fortløpende diskutert strategi, valg av metoder og tolkning av data gjennom innholdsanalysen. Forskertriangulering er spesielt nyttig i studier basert på fokusgruppeintervju (Polit & Beck, 2008), noe som var tilfelle i delstudie I. Samarbeidet mellom moderator og assistent under intervjuene styrket ikke bare muligheten for å skape fruktbare diskusjoner i fokusgruppen, men det gjorde det også mulig for forskerne å legge strategi i pausen, samt dele erfaringer og diskutere innhold og gruppedynamikk i etterkant (såkalt "postsession debriefings" (Polit & Beck, 2008)).

En kvalitetssikring som ligner forskertriangulering er det Lincoln og Guba kaller *per-debriefing*, noe som innebærer at forskere som ikke inngår i teamet gransker forskningsarbeidet. I delstudie I og IV har dette skjedd på to måter. Underveis er tema av faglig karakter og forslag til tolkning av materialet vært diskutert uformelt med kolleger som ikke har vært involvert i studiene. Disse diskusjonene har vært nyttige for å sikre faglige vurderinger og justere fortolkningen av data. I tillegg har studiene vært gjenstand for ekstern granskning i forbindelse med publisering i tidsskrift.

I begge delstudier har informanter blitt invitert til å validere deler av forskningsarbeidet gjennom såkalt *member-checking*. I delstudie I foregikk dette ved at deltakerne ble invitert til å legge til eller korrigere oppsummeringene som ble gjort midtveis og på slutten av intervjuet. Informantene var derfor kun med på å validere datamaterialet, og ikke analyse eller resultat. I delstudie IV, hvor datainnsamling og analyse skjedde vekselvis, ble ikke bare data men også preliminaire fortolkninger av data lagt fram for informantene. Endelige resultater ble ikke lagt frem for member-checking i noen av studiene. Sandelowski (1993) advarer mot dette, da informantene kan få problemer med å kjenne seg igjen i tolkningen når materialet er syntetisert, abstrahert og løsrevet fra sin kontekst. I følge Morse et al. (2002) er det også en fare for at forskeren, som et resultat av å vise at en er lydhør overfor informantene, blir tvunget til å holde resultatene på et beskrivende nivå, med andre ord at analysen blir feilaktig nær dataene. Samtidig som deres tilbakemeldinger var nyttige i analysen, ble de ikke sett på som endelig "dom" over hva som var sant eller riktig.

I både delstudie I og delstudie IV har data blitt analysert ved hjelp av innholdsanalyse. En slik analysemetode har i seg elementer av det Lincoln og Guba (1985) kaller *negativ case analysis*, hvilket innebærer at en aktivt søker etter data/svar som kan motbevise fortolkningen en har gjort. Dette ligner det som skjer når en i innholdsanalysen sammenligner for likheter og forskjeller før konstruksjon av temaer. I delstudie IV tillot forskningsdesignet en stadig veksling mellom datainnsamling og analyse, ettersom pasientforløpene som dannet utgangspunkt var noe spredt i tid. Etter hvert som nye data ble tilgjengelige gjennom nye pasientforløp, dukket det innimellom opp uttalelser eller observasjoner som ikke bekreftet det helhetsbildet som hadde kommet frem i de preliminære funnene. Disse forholdene ble i neste omgang gransket spesielt nøye.

Pålitelighet

Pålitelighet handler om stabiliteten av data over tid og over betingelser. Spørsmålet er hvorvidt funnene fra en studie vil kunne bli repetert dersom den blir gjentatt med lignende deltakere i en lignende kontekst (Polit & Beck, 2008). Lincoln og Guba (1985) hevder at på samme måte som at reliabilitet er nødvendig men ikke tilstrekkelig for å oppnå validitet i kvantitativ forskning, er pålitelighet nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å oppnå troverdighet i kvalitativ forskning. Flere av tiltakene beskrevet ovenfor for å fremme troverdighet, vil også ha positiv virkning på studiens pålitelighet. Dette gjelder spesielt triangulering og bruk av ekstern granskning (Polit & Beck, 2008). En utenforstående kjenner ikke materialet like godt, og kan dermed bidra til at unøyaktigheter eller feiltolkninger en har sett seg blind på oppdages. I den grad delstudie I og IV ble utsatt for ekstern granskning, omfattet dette imidlertid kun fortolkninger av materialet og ikke rådata. Derfor var bruken av forskertriangulering av større betydning for å sikre pålitelighet gjennom den totale forskningsprosessen.

Gjennom hele forskningsprosessen har det vært fokus på nøyaktig behandling av data. Mulighetene for at funnene fra delstudie I og IV vil kunne bli repetert dersom studiene ble gjentatt, er imidlertid begrenset. Begrensningene ligger blant annet i at temaet (informasjonsutveksling) og aktørene (sykepleierne, pasientene, organisasjonene) ikke er statiske over tid, og forskerens rolle og egen virkelighetsoppfatning har betydning for hvordan data innsamles, fortolkes og analyseres. Ved å rapportere hvordan forskningsprosessen har forløpt, og hvilke vurderinger som ligger til grunn for de valg som er tatt underveis, er det lagt til rette for at leseren kan vurdere påliteligheten.

Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om objektivitet, det vil si sannsynligheten for at to eller flere uavhengige mennesker skal være enige om datas sannhet, relevans og mening (Polit & Beck, 2008). For forskeren blir det viktig å demonstrere at tolkningen og bruken av data er gjort på en nøytral måte og ikke preget av forskerens egne motiv, bias eller perspektiv. Bekreftbarheten i avhandlingens to kvalitative delstudier er forsøkt styrket gjennom å gi beskrivelse av forskningskonteksten, eksemplifisering av analyseprosessen, samt begrunnelse for metodevalg.

Overførbarhet

I likhet med begrepet ekstern validitet handler overførbarhet om i hvor stor grad studiens funn kan overføres til andre kontekster eller grupper (Lincoln & Guba, 1985). Imidlertid skiller dette begrepet seg fra det som brukes i kvantitativ forskning ved at det her er leseren som skal avgjøre grad av overførbarhet til andre kontekster. For å gjøre dette mulig, må forskeren gi tilstrekkelig informasjon om studiens kontekst (Polit & Beck, 2008). For delstudie I og IV er det gitt informasjon om så vel kontekst som deltakere. Behovet for rik informasjon må avveies i forhold til informantenes behov for anonymitet (Morse, 2008), noe som innebar at demografisk beskrivelse av utvalget og sitater fra informantenes uttalelser for en stor del ble presentert som gruppedata. Et unntak er de ni pasientene som var utgangspunkt for studien av informasjonsutvekslingen i delstudie IV, hvor demografiske data ble presentert på individnivå. Imidlertid anses deres anonymitet å være godt ivaretatt. Studiens kontekst er forsøkt beskrevet så detaljert at funnene også kan ha overføringsverdig internasjonalitet. Siden organiseringen av helsetjenesten i Norge skiller seg ut fra helsetjenesten i mange andre land, var det nødvendig å gi opplysninger om organisering og struktur. Multicasesdesignet i delstudie IV innebar at samme fenomen ble studert med de samme prosedyrer gjentatte ganger, noe som bidrar til å styrke overførbarheten (Yin, 2003).

OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER

Avhandlingen viser at informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter er mangelfull både når det gjelder forekomst og innhold. Resultater som har kommet frem gjennom avhandlingen kan anvendes av alle helsearbeidere som arbeider med utveksling av pasientinformasjon.

Den lave forekomsten av sykepleierapporter ved overføring, og særlig hjemmesykepleiens manglende rapportering når pasienter innlegges på sykehus, er bekymringsfullt i forhold til kontinuitet i omsorgen for eldre som blir overført mellom nivåene. Det vekker også bekymring at informasjonen som faktisk blir utvekslet ofte er mangelfull. Informasjon fra medisinsk sengepost fokuserte i svært liten grad på den Eldres psykiske helse, og pasientens subjektive opplevelse var lite synlig både i den skriftlige og muntlige kommunikasjonen. Når det ikke utveksles adekvat informasjon om pasientens helsestatus ved overføring, blir det vanskelig for sykepleier på neste nivå å yte hensiktsmessig omsorg rettet mot pasientens spesifikke behov. For å sikre kontinuitet og hensiktsmessig sykepleieoppfølging etter overføring, er det behov for en mer helhetlig tilnærming til eldre pasienter, og dette må gjenspeiles i informasjonen som utveksles. Studien avdekket mange barrierer for informasjonsutveksling mellom sykepleiere, og beskrivelsen av disse vil kunne hjelpe både sykepleiere i praksis og deres ledere til å være mer oppmerksomme på de forutsetninger som trengs for å oppnå en tilfredsstillende informasjonsutveksling og styrking av kontinuiteten. Kunnskap om sykepleieres informasjonsutveksling og dens muligheter og begrensninger bør også vektlegges i sykepleierutdanningen.

Videre forskning

Noen av de funn som er presentert gjennom denne avhandlingen kan danne utgangspunkt for videre forskning. De sammenhenger som ble funnet mellom forekomst av utskrivingsrapport og karakteristika ved pasient og pasientforløp hadde vært interessant å undersøke nærmere med et større utvalg. Her kunne en også inkludert flere variabler, for eksempel relatert til pasientens funksjonsstatus, grad av assistanse fra hjemmesykepleien, samt karakteristika ved sykepleier. Det hadde også vært interessant og utforske, for eksempel gjennom dybdeintervju, hvorfor sykepleiere i så liten grad informerer om pasientens psykiske helse. Hvilke preferanser har sykepleiere i forhold til informasjonens innhold, og er disse de samme uansett muntlig eller skriftlig kommunikasjon?

TAKK

Jeg vil rette en stor takk til alle som på ulikt vis har gitt meg støtte og hjelp under dette arbeidet.

Alle sykepleiere og pasienter som deltok; uten deres deltakelse og bidrag hadde studiene ikke latt seg gjennomføre.

Høgskolen i Nord-Trøndelag; takk for tildeling av stipendiatmidler som gjorde det mulig å forske og faglig fordype seg i fire år. Takk også til gode kolleger og venner ved Avdeling for Helsefag som har støttet og vist interesse for arbeidet.

Mine to veiledere, Ove Hellzén og Ingela Enmarker; takk for at dere har delt av deres kunnskap og erfaringer.

Medforfatter Bjørg Horntvedt Østnor; takk for godt samarbeid i forbindelse med delstudie I.

Mine doktorandkollegaer, Aud, Liv Heidi og Siv; takk for alle inspirerende diskusjoner, verdifulle tilbakemeldinger på mitt arbeid, og lystige stunder med avkobling.

Mamma og pappa; takk for oppmuntring og for at dere har vist forståelse for at jeg til tider har vært "fraværende" og opptatt med bøker og datamateriale.

Oscar, min firbente venn; takk for mye kos, atspredelse, og for at du har sørget for at jeg har fått mine nødvendige luftturer.

Sist, men ikke minst, takk til min mann Terje; Du har vært meg nærmest også i denne perioden, og uten din tålmodighet, oppbacking, samt konstruktive refleksjoner, har ikke dette vært mulig.

REFERANSER

- Adami, M. F. & Kiger, A. (2005). The use of triangulation for completeness purposes. *Nurse Researcher*, 12(4), 19-29.
- Alvarez Fernandez, B., Formiga, F. & Gomez, R. (2008). Delirium in hospitalised older persons: review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(4), 246-251.
- Andersen, I. D. (1995). Sykepleieprosessen. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell Sykepleie 2*. (s. 11-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anthun, K. S. & Paulsen, B. (2007). *Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter*. (SINTEF rapport nr. A1798). Trondheim: SINTEF Helse.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Atwal, A. (2002). Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 450-458.
- Bell, C. M., Schnipper, J. L., Auerbach, A. D., Kaboli, P. J., Wetterneck, T. B., Gonzales, D. V. et al. (2009). Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3), 381-386.
- Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2002). Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(1), 34-42.
- Bo, M., Martini, B., Ruatta, C., Massaia, M., Ricauda, N. A., Varetto, A. et al. (2009). Geriatric ward hospitalization reduced incidence delirium among older medical inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 760-768.
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064-1071.
- Boling, P. A. (2009). Care transitions and home health care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(1), 135-148.
- Boockvar, K. S. & Burack, O. R. (2007). Organizational relationships between nursing homes and hospitals and quality of care during hospital-nursing

- home patient transfers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(7), 1078-1084.
- Boockvar, K. S., Fridman, B. & Marturano, C. (2005). Ineffective communication of mental status information during care transfer of older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12), 1146-1150.
- Brevik, I. (2010a). *De nye hjemmetjenestene : langt mer enn eldreomsorg : utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. (NIBR-rapport 2010:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. (2010b). *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten / om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 : all vekst i endret innretning*. (NIBR-rapport 2010:1). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, A. C. & Ehrenberg, A. (2012). Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 21-31.
- Cerejeira, J. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2011). A Clinical Update on Delirium: From Early Recognition to Effective Management. *Nursing Research and Practice*, 2011.
- Chin, A. P. M. J., Dekker, J. M., Feskens, E. J., Schouten, E. G. & Kromhout, D. (1999). How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(11), 1015-1021.
- Chong, C. P. & Street, P. R. (2008). Pneumonia in the elderly: a review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology, and clinical features. *Southern Medical Journal*, 101(11), 1141-1145.
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549-555.
- Coleman, E. A. & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of American Geriatric Society*, 51(4), 556-557.
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C. & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817-1825.
- Condellius, A., Edberg, A. K., Jakobsson, U. & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(1), 41-55.

- Cwinn, M. A., Forster, A. J., Cwinn, A. A., Hebert, G., Calder, L. & Stiell, I. G. (2009). Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(5), 462-471.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4. utg.). Los Angeles: Sage.
- Doare, K. L., Banerjee, D. & Oldfield, M. (2009). Written Communication Between General Practitioners and Hospitals, an Analysis. *The West London Medical Journal*, 1(3), 67-75.
- Duffield, C., Forbes, J., Fallon, A., Roche, M., Wise, W. & Merrick, E. T. (2005). Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 14-21.
- Dunnion, M. E. & Kelly, B. (2008). All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2471-2479.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2001). *VIPS-modellen som grunnlag for sykepleierens journalføring*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Ehnfors, M., Thorell-Ekstrand, I. & Ehrenberg, A. (1991). Towards basic nursing information in patient records. *Vård i Norden*, 11(3-4), 12-31.
- Ehrenberg, A. & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(3), 278-284.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Ekman, I. (2004). Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 90-96.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 853-867.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Systematic Review*(7), CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub2
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: lærebok* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- European Commission. (2008). *Long-term care in the European Union*. (EU-report). Brussels: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG
Lokalisert på <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24.juni 2011 nr 29* Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J. et al. (2007). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D*. London: NCCSDO.
- Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Managment*, 17(3), 269-277.
- Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B., Kalcic, M. & Strand, P. (2011). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS)*. (SSB Rapporter 33/2011). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Garåsen, H. & Johnsen, R. (2007). The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research*, 7(133). Lokalisert på <http://biomedcentral.com> doi:10.1186/1472-6963-7-133
- Gautun, H., Kjerstad, E. & Kristiansen, F. (2001). *Mellom to senger? : eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Geriatric Interdisciplinary Advisory Group. (2006). Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *Journal of American Geriatric Society*, 54(5), 849-852.
- Gjevjon, E. R. & Helleso, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grav, S., Hellzen, O., Romild, U. & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111-120.
- Gray, L. K., Smyth, K. A., Palmer, R. M., Zhu, X. & Callahan, J. M. (2002). Heterogeneity in older people: examining physiologic failure, age, and comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1955-1961.

- Groene, R. O., Orrego, C., Suñol, R., Barach, P. & Groene, O. (2013). "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety*, 21, i67-i75.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 105-118). Thousand Oaks, California.: Sage.
- Gunhardsson, I., Svensson, A. & Bertero, C. (2008). Documentation in palliative care: nursing documentation in a palliative care unit--a pilot study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 25(1), 45-51.
- Hadjistavropoulos, H. D., Garratt, S., Janzen, J. A., Bourgault-Fagnou, M. D. & Spice, K. (2009). Development and evaluation of a Continuity of Care Checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13(4), 183-193.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Halasyamani, L., Kripalani, S., Coleman, E., Schnipper, J., van Walraven, C., Nagamine, J. et al. (2006). Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 1(6), 354-360.
- Hallberg, I. R. (2006). Palliative care as a framework for older people's long-term care. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 224-229.
- Hayrinen, K., Lammintakanen, J. & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation-Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International journal of medical informatics*, 79, 554-564.
- Heaton, J., Corden, A. & Parker, G. (2012). 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International Journal of Integrated Care*, 12. Lokalisert på <http://www.ijic.org>
- Hellesø, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 11-21.
- Hellesø, R., Lorensen, M. & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap - the patients transfer from hospital to home health care. *International journal of medical informatics*, 73(7-8), 569-580.

- Hellesø, R., Sorensen, L. & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International journal of medical informatics*, 74(11-12), 960-972.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. (NOU 2005: 3). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. (St.meld.nr. 25 (2005-2006)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. (St.meld.nr. 16 (2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. (St.meld.nr. 9 (2012-2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.juni 2011 nr 30*. Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.
- Helsedirektoratet. (2012). *SAMDATA: spesialisthelsetjenesten 2011*. (IS-0293). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Samhandlingsstatistikk 2011–12. Rapport IS-2040*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr 64*. Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.
- Hermansen, Å. (2011). *Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren*. (Fafo-notat 2011:14). Oslo: Fafo Lokalisert på <http://www.fafo.no/pub/rapp/10135/10135.pdf>.
- Hofseth, C. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer : en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. (SINTEF rapport nr. A033501). Trondheim: SINTEF, Unimed.

- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2. utg.). New York: Wiley.
- Huby, G., Brook, J. H., Thompson, A. & Tierney, A. (2007). Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 55-67.
- Hyde, A., Treacy, M. P., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K. et al. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2), 66-77.
- ICN. (2005). *ICNP®Versjon 1. Internasjonal Klassifikasjon for Sykepleiepraksis*. (oversatt og publisert av Norsk Sykepleierforbund). Geneva, Switzerland.: International Council of Nurses Lokalisert på <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/ehelse/terminologi---icnp>.
- Isola, A., Backman, K., Voutilainen, P. & Rautsiala, T. (2008). Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2480-2489.
- Jellinger, K. A. & Attems, J. (2010). Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. *Acta Neuropathologica*, 119(4), 421-433.
- Kalseth, B., Midttun, L., Paulsen, B. & Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*. (SINTEF rapport nr A6227). Oslo: SINTEF Unimed.
- Karkkainen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132.
- Kihlgren, A. L., Fagerberg, I., Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2003). Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 28-36.
- KITH. (2003a). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Del 1. Nasjonal standard. KITH Rapport R 12/03*. . Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH).
- KITH. (2003b). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. KITH Rapport R 14/03* Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH).
- KITH. (2011). *Anbefaling til Retningslinjer for bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger. KITH-rapport 06/08:2011*. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH).
- KITH. (2012). *Begrepsdefinisjoner knyttet til rapportering av aktivitetsdata til Norsk pasientregister.: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren Lokalisert på http://kith.no/templates/kith_WebPage_2088.aspx*.

- Kjekshus, L. E. (2005). Primary health care and hospital interactions: effects for hospital length of stay. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 114-122.
- Kleven, T. A. (2008). Validity and validation in qualitative and quantitative research. *Nordic Studies in Education*, (3), 219-233. Lokalisert på <http://www.idunn.no/ts/np>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *The Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831-841.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology* (2. utg.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research* (4. utg.). Los Angeles: Sage.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvalitetsforskriften. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*: Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lund, T. (2005). The Qualitative–Quantitative Distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(2), 115-132.
- Marengoni, A., Anglemann, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A. et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2. utg.). London: Sage.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice - a concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412-419.
- Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estryng-Behar, M., Nezet, O., Pokorski, J. & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 535-542.

- Melby, L. & Hellesø, R. (2008). *Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten: Erfaringer fra fyrtårnsprosjektene*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- Melby, L. & Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 10, e039. Lokalisert på <http://ijic.org>
- Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Rosstad, T. & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 10, 1.
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Morse, J. M. (2008). "What's your favorite color?" Reporting irrelevant demographics in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 18(3), 299-300.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2). Lokalisert på <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/index>
- Mur-Veeman, I., van Raak, A. & Paulus, A. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*, 85(2), 172-183.
- Nardi, R., Scanelli, G., Corrao, S., Iori, I., Mathieu, G. & Cataldi Amatrian, R. (2007). Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *European Journal of Internal Medicine*, 18(5), 359-368.
- Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID). (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grothe, K. H., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebo, A. et al. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged--professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 332-335.
- NSEP. (2011). *EPJ Monitor. Årsrapport 2010. Oversikt over utbredelse og klinisk bruk av IKT i helsetjenesten*. Trondheim: NTNU, Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NSF. (2013). *Norsk Sykepleierforbunds strategi. Sykepleierprofesjon i utvikling: eHelse 2013-2016*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- NSF & KS. (2011). *ELIN-k prosjektet, Sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund og KS.
- Olsson, M., Larsson, L. G., Flensner, G. & Back-Pettersson, S. (2012). The impact of concordant communication in outpatient care planning - nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 748-757.
- Ong, W. J. (2012). *Orality and Literacy The Technologizing of the Word* (3. utg.). Hoboken: Taylor and Francis.
- Ornstein, K., Smith, K. L., Foer, D. H., Lopez-Cantor, M. T. & Soriano, T. (2011). To the hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 544-551.
- Parker, G., Corden, A. & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 576-601.
- Pasientjournalforskriften. (2000). *Forskrift om pasientjournal fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven), lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) og lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerreteigheter (pasient- og brukerreteighetsloven)*. . Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3 utg.). Newbury Park: Sage.
- Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008). *God vilje - dårlig verktøy: om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. (SINTEF rapport nr. A7877). Trondheim: SINTEF Helse.
- Pelletier, D., Duffield, C. & Donoghue, J. (2005). Documentation and the transfer of clinical information in two aged care settings. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 40-45.
- Pettersen, R. & Wyller, T. B. (2007). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 127(5), 600-603.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Povlsen, L. & Borup, I. K. (2011). Holism in nursing and health promotion: distinct or related perspectives?--A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(4), 798-805.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. & McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 5. Lokalisert på <http://www.ijic.org>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester : hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt?* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie; 2006 nr 8). Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? *Aldring og livsløp*, 24(1), 2-10.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O. & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, 11. Lokalisert på <http://www.ijic.org>
- Rykkje, L. (2009). Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. *Vård i Norden*, 29(2), 9-13.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *ANS Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8.
- Saranto, K. & Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464-476.
- Saultz, J. W. & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *The Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R. & Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, 30(12), 2437-2448.
- Seierstad, T. Ø., Holmeide, A. M. & Eimot, M. (2010). *Utskrivningsklare pasienter- Hvem er de og hvor hører de hjemme?* Oslo: Norsk Sykepleierforbund og Analysesenteret.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.

- Shah, F., Burack, O. & Boockvar, K. S. (2010). Perceived barriers to communication between hospital and nursing home at time of patient transfer. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(4), 239-245.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli! : nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten : til deg som leder og utøver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Respekt og kvalitet : rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.juli 1999 nr 61*. Oslo: Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Stuart, E. H., Jarvis, A. & Daniel, K. (2008). A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3012-3020.
- Tyler, D. A., Parker, V. A., Engle, R. L., Brandeis, G. H., Hickey, E. C., Rosen, A. K. et al. (2006). An exploration of job design in long-term care facilities and its effect on nursing employee satisfaction. *Health Care Management Review*, 31(2), 137-144.
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Forde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396.
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S. & Wahren, L. K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(3), 310-317.
- Vabø, M. (2009). Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 346-358.
- van Servellen, G., Fongwa, M. & Mockus D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing Health Science*, 8(3), 185-195.
- van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956.
- van Walraven, C., Seth, R., Austin, P. C. & Laupacis, A. (2002). Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *Journal of General Internal Medicine*, 17(3), 186-192.
- Varsi, C. (2007). *Samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser*. (Masteroppgave i Sykepleievitenskap). Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet., Oslo.

- Vittinghoff, E. & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology*, 165(6), 710-718.
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I. & Vazquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Quality in Health Care*, 24(1), 39-48.
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875.
- WHO. (2004). *Better palliative care for older people*. (ed. I. Higginson and E. Davies). (92-890-1092-4). København: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Home care in Europe : the solid facts*. (Red: Tarricone, R. og Tsouros, A.D.). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Lokalisert på <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>.
- Witherington, E. M., Pirzada, O. M. & Avery, A. J. (2008). Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 71-75.
- World Medical Association. (2008). The Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Lokalisert på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Worrall, G. & Knight, J. (2006). Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Canadian Family Physician*, 52, 754-755.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods* (3. utg.). Thousand Oaks, California.: Sage.
- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E. & Veierød, M. B. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.