



Illustrasjonstfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mange eldre pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste. Noen kombinerer dette med andre helsetjenester, for eksempel jevnlig korttidsopphold på sykehjem. Vekselopphold er en slik form for kombinasjonsopphold. Denne studien undersøker kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold.

Hensikt: Studien belyser hvordan kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold ivaretas, og hvordan eventuell mangel på kontinuitet kan medføre ulike former for risiko.

Metode: Datainnsamlingen ble gjort i tre faser som alle innbefattet undersøkelser i et sykehjem og et tilhørende geografisk hjemmesykepleiedistrikt. De tre undersøkelsesmetodene bygger på hverandre. Først kartlegges og beskrives konteksten vekselpleie. Deretter studeres skrevet tekst i form av data fra sykepleiejournaler i de aktuelle enheter. Til slutt intervjues ansatte i enhetene.

Resultater: Studien dokumenterer at vekselpleie i hovedsak anses positivt som tjenesteform. Men studien finner også at for demente pasienter

som er kommet et stykke i sykdomsutviklingen, er vekselpleie ikke en egnet tjenesteform. Når det gjelder innholdet i tjenesten vekselpleie dokumenterer studien ulike former for kontinuitetsbrudd som kan medføre risiko, blant annet knyttet til informasjonsoverføring. Videre viser studien risiko for at pasientene ikke får dekket sine grunnleggende behov.

Konklusjon: Denne studien viser at pleien til vekselpasienter har særlige utfordringer innen overføring av opplysninger knyttet til sykepleiedokumentasjon og til legemidler.

ENGLISH SUMMARY

Continuity in the nursing of patients with alternating stays

Background: This paper addresses the population of elderly patients who alternate between nursing homes and home care services. «Alternating patients» are in need of health care services across different levels of service providers, as well as across different geographical locations. Elderly patients constitute one such group. This study explores the continuity of care for alternating patients.

Objective: The focus of the study is to specify how continuity of care for elderly patients is secured within a system of alternating care and how a

lack of continuity may constitute risk for the patients.

Method: The study employs a triangulation approach based on three data collection phases in a nursing home with affiliated home care services: (a) defining and describing the context of alternating care, (b) the study of nursing information given in five patient records of alternating patients in the selected nursing home and home care services and (c) interviews with twelve employees in the selected nursing home and home care services.

Results: The study has confirmed that alternating care as a system for providing services to certain

patient groups is valued positively, with the exception of dementia patients. Concerning the organization of alternating care services, the study has documented various areas of improvement within the transfer of information and continuity of care. Thus, there is a risk for the patients not having their basic needs fulfilled.

Conclusion: The conclusion of this study confirms that nursing for alternating patients presents challenges concerning handling and distribution of medicines and nursing documentation.

Keywords: Nursing homes, nursing, documentation, security

» Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold

Forfattere: Merethe Rusdal og Karina Aase

NØKKELORD

- Sykepleie
- Dokumentasjon
- Sikkerhet
- Hjemmesykepleie

INTRODUKSJON

Denne artikkelen omhandler kontinuitet i sykepleien til vekselpasienter i kommunehelsetjenesten. Mange eldre pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste. Noen kombinerer dette med andre helsetjenester, for eksempel jevnlig korttidsopphold på sykehjem. Vekselopphold er en slik form for kombinasjonsopphold.

Flere norske og internasjonale studier har undersøkt kontinuitetsproblemer i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (1–6). Færre studier har fokusert på kontinuitet i overganger innen kommunehelsetjenesten. Dette til tross for at det i Samhandlingsrefomen (7) uttales: «Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene». Et mål i Samhandlingsreformen er at pasienter og brukere møter en helhetlig tjeneste som er preget av kontinuitet, noe som er særlig viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for

eksempel eldre pasienter med flere sykdommer.

Kontinuitet

Kontinuitet er et mangetydig og flerdimensjonalt begrep som kan defineres som en uavbrutt sammenheng (8). Omsorg er i seg selv et begrep som antyder en innretning mot kontinuitet. Så lenge det pågår sykepleie må kontinuiteten «påaktes» (8). Begrepet kontinuitet beskrives her nærmere ved følgende fire aspekter (8): *Virksomhetsaspektet* innebærer om kontinuiteten gjelder behandling eller omsorg, eller begge deler. *Det organisatoriske aspektet* har betydning for kontinuitet i forhold til nivå, organisasjonsform eller administrative forhold, og virker derved inn på forutsetningene for kontinuitet. Relasjonelt aspekt berører eksempelvis hyppighet og kvalitet i omsorgen og innbefatter forholdet til helsepersonell i den virksomheten pasienten befinner seg i. *Innholdsaspektet* berører den ubrutte samhandlingen i omsorgen med hensyn til de mål som finnes i pleien, samt planleggingen og tiltakene for å oppnå dem. Det griper inn i pasientens, eventuelt pårørendes og personalets kjennskap til innhold og utforming av pleien. Innholdsaspektet kommer til uttrykk i dokumentasjon og i hva som eventuelt ikke dokumenteres. Kronologi og geografi har også blitt framhevet som viktige aspekter ved kontinuitet i hjemmesykepleien (9).

Risiko og pasientoverganger

Verdens helseorganisasjon har gjennom «Joint Commission for Accreditation of Patient Safety Solutions» introdusert prioriterte temaer innen pasientsikkerhet der man må utvise særlig aktsomhet. Et slikt tema omhandler vaktskifter, informasjonsoverføring og samhandling (10). Pasientoverganger mellom tjenestenivåer er et område utsatt for særlig risiko, spesielt knyttet til informasjonsflyt (11). Andre studier viser at eldre pasienter med sammensatte sykdommer er en sårbar gruppe i forbindelse med overganger (12,13). Litteraturen påpeker videre at skifte av tjenestested eller annen endring kan være et risikoområde (14–18) for denne utsatte pasientgruppen.

Hensikten med denne artikkel-

Hva tilfører artikkelen?

Studien avdekket kontinuitetsbrudd i sykepleiedokumentasjonen som medførte risiko for at pasientene ikke fikk oppfylt grunnleggende behov.

Mer om forfatterne:

Merethe Rusdal er sykepleier og universitetslektor ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag. Karina Aase er professor i sikkerhet ved Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag. Aase har bred erfaring innen sikkerhetsforskning og har ledet forskningsprosjekter innen petroleumsindustri, luftfart og helsevesen. Kontakt: merethe.rusdal@uis.no.

len er å belyse hvordan kontinuitet i sykepleien til vekselpasienter ivaretas, og hvordan eventuelle mangler i kontinuiteten kan medføre ulike former for risiko, innen og mellom nivåer i kommunehelsetjenesten. Et sentralt spørsmål er hvordan sykepleiedokumentasjon ivaretar kontinuitet og sikkerhet for vekselpasienter. Artikkelen er basert på masteroppgaven «Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv» (19).

METODE

Studien benytter et kvalitativt eksplorerende design da den belyser et felt der det er lite kunnskap fra før. I dette tilfelle finnes det kunnskap om de kommunale helsetjenestene, men hvordan kontinuitet og tilhørende risikofaktorer til pasienter som veksler mellom to

Den vanligste rulleringen mellom hjemmesykepleie og sykehjem er seks uker hjemme, og tre uker på sykehjem.

enheter innen kommunehelsetjenesten påvirkes, er ikke eksplisitt undersøkt tidligere. For å skape et mest mulig helhetlig bilde av fenomenet benyttes flere ulike datakilder. Datainnsamlingen ble gjennomført i tre faser som alle innbefattet undersøkelser i et sykehjem og et tilhørende geografisk hjemmesykepleiedistrikt. De tre tilhørende undersøkelsesmetodene bygger på hverandre. Beskrivelse av kontekst danner bakgrunn for studien (fase 1). Studie av sykepleiejournaler (fase 2) og intervju med ansatte (fase 3) utgjør hoveddelene i studien. Innhentning av data foregikk i 2010.

1. Kartlegging og beskrivelse av konteksten vekselpleie ble gjennomført ved å samtale med ledere og fagsykepleiere i begge enhetene, og ved å innhente dokumenter som ga kunnskap om organisering

av virksomheten. Dette innebar informasjon om antall ansatte, ansattes stillingsstørrelser, vaktplaner, organisering av gjøremål, avviksmeldinger og så videre for begge enhetene. Dette innebar en kartlegging av forutsetningene for kontinuitet knyttet til det organisatoriske aspektet.

2. Studie av pasientjournaler. Det ble gjennomført en analyse av fem sykepleiejournaler til fem pasienter som vekslet mellom hjemmesykepleie og sykehjem. De elektroniske opplysningene er hentet fra kommunen sitt system for journalføring, Cos Doc. Hensikten med å studere sykepleiedelen av journalene var å undersøke hvordan vekselpasienters hjelpebehov kommer til uttrykk, og om pasientenes problemer gjenkjennes i overførings-

rapporter, samt å sammenlikne dokumentasjonen i de to enhetene. Det vil si innholdsaspektet knyttet til kontinuitetsbegrepet.

3. Intervju av ansatte. Utvalget var tolv ansatte i de to enhetene, til sammen åtte sykepleiere (fire fra hver enhet), to hjelpepleiere (en fra hver enhet) og to leger (fastlege og sykehjemslege). Fokus i intervjuene var de ansattes opplevelser vedrørende rammebetingelser, kontinuitet, sykepleiedokumentasjon, rapporter/vaktskift og risikofaktorer. Intervjuene ga kunnskap om det relasjonelle aspektet og virksomhetsaspektet ved kontinuitetsbegrepet.

Analysestrategi

Analysestrategien som anvendes i undersøkelsens andre fase, *journalstudier*, er basert på «Template

analysis style» (20–22). Dersom rapportene i sykepleiedokumentasjonen hadde vært ordnet etter maler i en sykepleieplan slik intensjonen er i CosDoc, ville deler av analysen allerede være foretatt. Slik var det bare unntaksvis. Likevel inneholdt selve rapportene i dokumentasjonen noen utsagn som kunne brytes opp og plasseres inn i malene for sykepleieplaner. For hver av de ti pleieplanene; fem hjemme og fem på sykehjem, ble det foretatt følgende analyse i tre trinn:

- Dannelse av helhetsinntrykk.
- Identifisering av meningsbærende enheter (det vil si å kode teksten etter funksjonsområdene og leddene sykepleieprosessen).
- Plassere de meningsbærende enhetene i rubrikkene i Cos Doc.

Etter å ha analysert hver pleieplan/rapport ble det gitt en sammenfatning av hva som var rapportert, hvor mange overføringer det var i perioden samt beskrivelse av hvordan disse overføringene framsto. De enkelte pleieplaner ble sortert etter hjemmesykepleie/sykehjem og for hver pasient ble det foretatt en sammenlikning av det som var rapportert mellom enhetene. **Analyse av intervjudata** i studiens tredje fase er basert på systematisk tekstkondensering (21,23) der transkriberte intervjudata ble analysert i følgende fire trinn:

- Danne helhetsinntrykk
- Identifisere meningsbærende enheter
- Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene
- Sammenfatte betydningen

Etiske aspekter

Hjemmesykepleien og sykehjemet ga skriftlig tillatelse til å innhente informasjon. NSD ga sin godkjenning i november 2009.

RESULTATER

Kontekst

Den vanligste rulleringen mellom hjemmesykepleie og sykehjem er seks uker hjemme, og tre uker på sykehjem. I den angjeldende kommunen var tjenestene organisert etter bestiller/utførerprinsippet. En koordinator bestiller tjenestene hos hjemmesykepleien eller på sykehjemmet, og tildeler samtidig tid til sykepleierne for å utføre tjenesten. Vekselpleie innebærer ellers at pasientene må forholde seg til ulike leger, fastlegen og sykehjemslegen. Det finnes ulike ordninger for legemiddelhåndtering for de to enhetene og ulike betalingsordninger for helsehjelpen. Pasientene forholder seg til ulike ansatte i de to enhetene og selvsagt også til ulike ansatte på forskjellige vaktskift. Så mye som 80 prosent av personalet i det undersøkte sykehjemmet og i det tilhørende geografiske distrikt i hjemmetjenesten, jobbet deltid. Rapportsystemet i begge enheter foregikk elektronisk, men pleierne brukte også en beskjedbok til uformelle beskjeder. Legene utvekslet opplysninger per post. Alt i alt viste studien av kontekst at vekselpleie har en kompleks og sammensatt struktur med mange ulike overganger og med store utfordringer knyttet til å opprettholde kontinuitet i sykepleien.

Innhold i sykepleie-dokumentasjon

Samlet sett var de dokumenterte opplysningene fra de fem studerte pleieplanene sparsomme, lite systematiske og de inneholdt mangler i forhold til journalforskriften (24). Sykepleieprosessen var nesten ikke brukt som metode. Ingen steder framkom det at pasienten hadde vært delaktig i utforming av pleien. Resultatene ga likevel et nyansert bilde av dokumentasjonen, hva som er

dokumentert og hva som ikke er dokumentert, og likheter og forskjeller ved dokumentasjon i de to enhetene. Et sentralt funn er derfor at kontinuitet av sykepleien mellom enhetene hadde dårlige betingelser knyttet til selve dokumentasjonen av pleien fordi det var lite å lese for dem som mottok pasientene i overføringene. Kontinuitetsbruddene som ble identifisert i sykepleiedokumentasjonen viste seg i form av manglende eller ulike mål for pleien, og i planleggingen og tiltakene for å nå disse målene. Ingen av enhetene dokumenterte at pasientene fikk ivaretatt sine grunnleggende behov. Et eksempel der pasientens grunnleggende behov ikke ble ivaretatt, var i forbindelse med sykdomsforverring i hjemmeprosedyren til en vekselpasient. Pasienten ble etter hvert innlagt på psykiatrisk avdeling. Forut for innleggelsen rapporterte hjemmesykepleien om hyppige alarmer og om naboer som ble forstyrret. De rapporterte også om at pasienten led og trengte mer oppfølging og hjelp. Men de rapporterte ikke hva pasienten i perioden forut for tvangsinnleggelsen trengte hjelp til. Ingen steder var det rapportert at grunnleggende behov som ernæring, søvn og hvile, og personlig hygiene var ivaretatt. Det kan ha vært slik at hjemmesykepleien ivaretok disse behovene, eller prøvde å ivareta dem, men ikke slapp til. Det framkom likevel ikke i rapportene om pasienten fikk ivaretatt disse behovene og dermed heller ikke hvilken risiko denne pasienten var utsatt for, eller hvordan pleien ved overføring til neste enhet kunne opprettholdes. Kontinuitetsbruddene i sykepleiedokumentasjonen slik den framkom i denne studien medførte risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov.

Overføring av opplysninger

Intervjuene understøtter funnene fra gjennomgang av sykepleiejournaler og viser at det var vanskelig å oppnå kontinuitet i sykepleien også innen enhetene. Som årsaker oppga informantene at sykepleiedokumentasjon måtte konkurrere i tid med dokumentasjon av endringsmeldinger vedrørende brukt tid hos den enkelte pasient. Videre oppga de at manglende tid til å dokumentere sykepleieopplysninger i det elektroniske systemet, og strukturelle forhold som for eksempel å vente på ledig maskin, kunne være vanskelig. Manglende tid til å lese sykepleiedokumentasjon og holde seg oppdatert var også et problem. Særlig klaget deltidsansatte i hjemmesykepleien på mulighetene for å holde seg oppdatert: «Nei da hender det at du bare møter opp (hos bruker) og tar det derifra. Vi skulle hatt stille rapport om morgenen – ja, jo vi får fellesrapport om siste døgn. Men si at du kommer på tirsdag og det har skjedd noe i helgen, så leser de ikke det opp på tirsdag morgen. Jeg bør jo gå inn og lese før jeg går ut, men tidsmessig er ikke det reelt at vi gjør».

Vaktskiftene innen begge enhetene forekom i form av muntlig rapport. I hjemmesykepleien ble de dokumenterte opplysningene fra forrige skift lest høyt for og av neste skift. I sykehjemmet derimot, overførte det avgående skiftet selv den muntlige rapporten til neste skift. På grunn av felles elektronisk journalsystem var grunnlaget for gode overføringer mellom enhetene til stede, men det betinget relevante opplysninger å overføre. Manglende opplysninger i journalene og manglende muntlige rapporter dokumenterer problemer knyttet til innholdsdimensjonen ved kontinuitet.

Legemiddelhåndtering

Mellom sykehjemslegen og fastlegen framsto problemstillingen knyttet til dokumentasjon annerledes. Relevante opplysninger i legedelen av journalene var ikke et problem, men overføringen av opplysninger fungerte dårlig. Siden epikrisene ble sendt i posten kom opplysningene fram lenge etter at pasienten hadde blitt overført. Dette forholdet skapte blant annet frustrasjon hos sykehjemslegen: «Ja det blir jo først og fremst legemidler. Spesielt hvis de har

Godene er at pasientene og pårørende opplever trygghet og forutsigbarhet, noen legger på seg, de mottar sosiale stimuli, de får legeundersøkelse, treffer kjente og har ofte mer struktur og innhold i dagene når de har jevnlig sykehjemsopphold. De pårørende får god avlastning. Ulempene er at vekselpleie gir en ekstra utfordring når det gjelder kontinuitet og videreføring av pleie og behandling. Dette gjaldt særlig de sykeste pasientene som ikke kan uttrykke sine behov. Sykehusinnleggelser

hadde hatt hjemmesykepleie i fire måneder, og han hadde hatt over 60 stykker inne i hjemme sitt ... Men det er ganske mye det – de skal inn i stuen din, sant!»

DISKUSJON

Begrepet vekselpleie henspiller i seg selv på et kontinuitetsbrudd. Slik sett var det neppe uventet at studien viser kontinuitetsbrudd på flere nivå; innad i hjemmesykepleien, mellom hjemmesykepleien og sykehjem og mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem/hjemmesykepleie. Systemer for å ivareta kontinuitet for vekselpasienter finnes, men de viser svakheter, særlig i form av mangelfullt skriftlig innhold i sykepleiejournaler. Statens helsetilsyn viser også ofte til at skriftlige prosedyrer og dokumentasjon, som skal sikre at brukernes grunnleggende behov dekkes, i liten grad gjennomføres (25,26). Andre studier finner også mangelfull skriftlig sykepleiedokumentasjon (4,5,27,29,30). Som årsak oppgis manglende kunnskap om dokumentasjon og også manglende kunnskap om elektroniske verktøy for å dokumentere sykepleie (27,29).

” Vekselpleie innebærer ellers at pasientene må forholde seg til to ulike leger, fastlegen og sykehjemslegen.

vært hos fastlegen rett før, også kommer de inn med medisinerne også er det en dosett med noe vi ikke vet hva er, for epikrisen er ikke kommet».

Sykepleierne bekreftet at nettopp etterslep i overføring av epikrise, og dermed medisinkort, var et stort problem også for dem. Dette problemet var forsterket av at sykehjemmet brukte dosett, og hjemmesykepleien brukte multidose. Legemiddelhåndteringen utgjør dermed en risikofaktor for disse vekselpasientene. Det var mange avviksmeldinger vedrørende legemiddelhåndtering i forbindelse med overføringer mellom sykehjem og hjemmesykepleie. Risiko knyttet til legemiddelhåndteringen berører virksomhetsaspektet ved kontinuitet.

Betydningen av vekselpleie

På den ene siden beskrev informantene vekselplass som en ordning med flere goder, dersom pasienten ikke har en framskreden demenssykdom. På den andre siden beskrev informantene flere betydningsfulle mangler i tjenestene rundt vekselpasienten.

kompliserer dette forholdet, idet en utskrivningsrapport fra sykehuset må nå både enhetene, noe det fantes eksempler på at ikke skjedde. Dette innebærer at vekselpleie som tjenesteutforming kan ses som et gode, mens innholdet i tjenesteformen viser ulike risikofaktorer.

Organisering og bemanning

Undersøkelsen dokumenterte også utfordringer knyttet til kontinuitet og bemanning. Dette underbygges av nødvendigheten av vikarer, helger med liten del av den faste bemanningen på jobb og – i hjemmesykepleien – et stort geografisk distrikt. En følge av dette var at heltidsansatte ble beskrevet som «bærerne av jobben». Likevel fikk heller ikke de heltidsansatte ha sine «faste pasienter» idet hensynet til organisering av gjøremål og geografi gikk foran hensynet til «faste pasienter» og medførte således kontinuitetsbrudd i tjenesten innen det relasjonelle aspektet: «Nå var det en forholdsvis ny bruker som skriver i en bok når det kommer inn personell tre ganger til dagen. Nå tror jeg han

Bakenforliggende årsaker

Informantene i denne undersøkelsen var samstemte i at manglende tid ble sett på som hovedårsaken til mangelfull sykepleiedokumentasjon. Studien gir derimot ikke svar på om sykepleiedokumentasjonen ville blitt bedre dersom det fantes rikelig tid og opplæring hadde blitt gitt. Manglende tid og mangel på kunnskap er på ulike måter del av rammebetingelsene for å utføre sykepleiedokumentasjon. Ifølge Reasons modell for årsaksanalyse kan handlinger utført av helsepersonell utgjøre de direkte utløsende årsakene til uheldige hendelser, mens dypere bakenforliggende årsaker ofte

finnes i systemforhold (18,34). Et slikt systemforhold er utøvelsen av ledelse på det enkelte arbeidssted. Dersom lederne i vår studie hadde stilt ufravikelige krav om at pleien skulle dokumenteres på en slik måte at den kunne videreføres og etterprøves, og synliggjort nødvendigheten av dette for sine ledere, kunne dette ha ført til forbedring? Lederne er, ifølge våre informanter, mer opptatt av at de ansatte dokumenterer endringsmeldinger enn at de dokumenterer sykepleien. Dette kan ha sammenheng med at manglende endringsmeldinger får direkte konsekvenser for økonomi og drift. Selv om det også finnes sanksjoner for manglende sykepleiedokumentasjon i form av pålegg fra offentlig tilsyn synes dette ikke å være et sterkt nok virkemiddel.

En annen bakenforliggende årsak til manglende dokumentasjon kan knyttes til metoden for utførelse av sykepleiedokumentasjon (30). For det første kan det være grunn til å spørre om sykepleieprosessen i sin helhet, og den problemløsende metode spesielt, er et velegnet redskap for å dokumentere sykepleieopplysninger (30) og sikre at disse kontinueres. Kan det være slik at sykepleie har karaktertrekk som ikke er forenlige med den fragmentering som den problemløsende metode krever (31,32)? Et annet spørsmål er om det trengs tydeligere avklaring for å skille mellom sykepleie og sykepleiedokumentasjon, der sykepleiedokumentasjonen må framheves som en vesentlig delmengde av sykepleien.

Et spørsmål er om det benyttes kompenserende ordninger for informasjonsoverføring innen enhetene når den skriftlige dokumentasjonen svikter, for eksempel i form av muntlige rapporter (27). En av fordelene med muntlige

rapporter er at komplekse situasjoner kan beskrives med enkle ord, og at muntlig rapport gir rom for viktige forklaringer (33). På sykehjemmet, der den muntlige rapporten ble levert direkte til pågående skift kunne det tyde

” ” Manglende tid til å lese sykepleiedokumentasjon og holde seg oppdatert var også et problem.

på at de støttet seg på muntlige tilleggsopplysninger og mer uformelle beskjeder. Moen og Obstfelder (27) påpeker at uformelle informasjonsmekanismer faktisk er nødvendige for å håndtere arbeidsmengde og kontinuitet i pleien. Bruk av beskjedbok, slik begge enhetene praktiserte, er et slikt eksempel på en uformell kompenserende informasjonsmekanisme.

Risikofaktorer ved å være vekselpasient?

Ifølge informantene er pasienter og pårørende fornøyde med vekselpleie som tjenesteform, og det betraktes som et gode for pasientene. Selv om det også kommer fram uønskete hendelser og mangelfull sykepleiedokumentasjon er det ikke påvist alvorlige helseskader eller død i forbindelse med disse hendelsene. Når uønskete hendelser innen legemiddelhåndtering får færre konsekvenser enn omfanget skulle tilsi, kan en forklaring være at det finnes barrierer i systemet som forhindrer at disse hendelsene får uønskete konsekvenser (18,28). For det første kompenserer sykepleierne ved å gi beskjed til aktuell lege når dosetten etter overføring ikke samsvarer med det gamle medisinkortet. De oppdager feilen og tar kontakt med fastlege eller sykehjemslege. For det andre kan pasient, pårørende eller hjemmesykepleie noen

ganger reagere på sprik mellom opplysninger og faktisk behandling, og slik sett avverger de at avvikene pågår over tid, og risikoen for skade blir mindre.

Risiko for at pasienter ikke får oppfylt sine grunnleggende behov,

som her er knyttet til mangelfull sykepleiedokumentasjon, vil sannsynligvis være mest framtrepende over tid. På kort sikt er det ubehagelig og kan være et uttrykk for manglende omsorg. Å få for lite eller feil mat en dag, eller å sove dårlig en natt er ikke ønskelig, men det er heller ikke helsefarlig. På lengre sikt derimot, kan det være fare for unødig svikt i helsetilstanden når grunnleggende behov ikke blir oppfylt. I en travel hverdag med ustrukturert og lite sammenhengende dokumentasjon, og komplekse sykdommer hos pasientene, kan risikoen for ikke å få oppfylt sine grunnleggende behov dessuten være skjult (34). Organisasjoner med komplekse oppgaver og strukturer gir økt risiko for at feil og mangler forblir uoppdaget (34). I sykepleiedelen av pasientjournalene finnes det noe dokumentasjon, men den etterkommer ikke standarder og krav (24).

KONKLUSJON

I denne studien kan vi konkludere med at mangelfull sykepleiedokumentasjon medvirker til kontinuitetsbrudd i sykepleien til vekselpasienter. Kontinuitetsbruddene viser seg i form av risiko for at pasienter ikke får oppfylt grunnleggende behov. Videre viste undersøkelsen risiko for uønskete hendelser knyttet til legemiddelhåndtering og feil-

sendte opplysninger etter besøk i spesialisthelsetjenesten.

Implikasjoner for praksis.

For å oppnå kontinuitet, og derved økt sikkerhet for vekselpasienter, trenger de ansatte økt kunnskap om, tilrettelegging for, og krav fra ledelsen om mer sykepleiedokumentasjon. Det betinger videre at pasienten er involvert, og det betinger andre former for informasjonsoverføring der gjeldende normer for sykepleiedokumentasjon blir etterlevd. Dette vil bidra

til mer kontinuerlige helsetjenester til vekselpasienter, med større sikkerhet i informasjonsoverføring og mindre risiko for at grunnleggende behov ikke blir oppfylt. Spesielt er det viktig at pasienter som ikke kan uttrykke sine behov får pleien ivarettatt gjennom grundig dokumentasjon, og at disse pasientene kan uttrykke sine behov gjennom pårørende eller andre som kjenner pasienten.

Videre forskning

Kommunehelsetjenesten ivaretar

ansvaret for pleien til en stor og mangartede gruppe pasienter. Noen av disse har sporadiske korttidsopphold uten den forutsigbarheten som vekselpleie innebærer. Det vil være interessant å få belyst om pleien til disse pasientene har de samme utfordringer som for vekselpasienter. Andre viktige områder for videre forskning vil være pasientens opplevelse av å være vekselpasient og en sammenlikning av bestiller/utførermodellen og en tradisjonell organisering av tjenesten.

REFERANSER

1. Garåsen 2008; <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:123898>
2. Danielsen BV, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 2010;1:29–34.
3. Førtland O. Evaluering av prosjektet trygg overføring Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2–2011, Høgskolen i Bergen.
4. Olsen RM, Hellzén O, Skotnes L, Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing* 2012; 2:277–87.
5. Fuji KT, Abbot A, Norris JF. Exploring Care Transitions From Patient, Caregiver, and Health-Care Provider Perspectives. *Clinical Nursing Research*, November 2012.
6. Smith SB, Alexander JW. Nursing Perception of Patient Transitions From Hospitals to Home With Home Health. *Professional Case Management* 2012;17:175–85.
7. Helse og Omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47, 2008–2009. Samhandlingsreformen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>
8. Lindencrona C. Kontinuitet i omvårdningen av eldre pasienter. *Almqvist & Wiksell*. Stockholm. 1987.
9. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *American Journal of Public Health*. 1980; 2:122–7.
10. Joint Commision WHO. Nine Patient Safety Solutions. Solutions to prevent health care-related harm. 2007. <http://www.ccforgpatientsafety.org/patient-safety-solutions/>
11. Aase K, Testad I. Første, annen, halvannen–hva med sikkerheten? I K. Aase [Red.]. *Pasientsikkerhet-teori og praksis i helsevesenet* (s.126–140). Universitetsforlaget. Oslo. 2010.
12. Laugland K, Aase K, Barach P. Addressing risk factors for transitional care of the elderly – Literature review. I red: Albolini, S., Bagnare, S., Bellani, T., Llaneza, J., Rosal, G. & Tartaglia, R. *Healthcare Systems Ergonomics and Patient safety 2011 – An alliance between Professionals and Citizens for Patient Safety and Quality of Life*. s. 183–191. CRC Press, Taylor & Francis Group, London, UK. 2011.
13. Nelson JM, Carrington J. Transitioning the older Adult in the Ambulatory Care Setting. *AORN journal*, October 2011 s. 348–58.
14. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2007.
15. Kohn LT, Corrigan JM. & Donaldsen MS. (Eds). *To err is human. Building a safer health system*. National Academy Press Washington D.C. 2000.
16. Rosenthal MM, Sutcliffe KM. *Medical error*. Jossey-Bass. San Francisco. 2007.
17. Vincent C. *Pasient safety*. Elsevier. London. 2006.
18. Reason J. *Managing the risk of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Limited. UK. 2008.
19. Rusdal M. *Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv*. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger. 2010.
20. Miller WL, Crabtree BJ. *Clinical research. A multimethod typology and quality roadmap*. I red: B.F. Crabtree & W.L. Miller. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA. Sage. 2nd ed. s. 20–24. 1999.
21. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget. Oslo. 2008.
22. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippencott. New York. 2008.
23. Giorgi A. *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press. Pittsburgh. 1985.
24. Helse og Omsorgsdepartementet. 2000. *Forskrift om pasientjournal nr. 1385*. <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html>
25. Helsetilsynet. Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. *Tilsynserfaringer 1998–2003*. http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2003/kommunale_helsetjenester_pleie_omsorgssektoren_tilsynserfaringer_19982003_rapport_092003.pdf
26. Helsetilsynet. Rapport frå tilsyn med helse- og sosialtjenester i Time kommune. 2010. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Rogaland/2010/Time-kommune-tjenester-til-eldre-2010/>
27. Moen A, Obstfelder A. The Electronic Patient Record in Community Health Service – paradoxes and adjustments in clinical work *Stud Health Technol Inform*. 2006;122: 626–31.
28. Reason J. Understanding adverse event: the human factor. I red: Vincent C. *Clinical risk management: Enhancing patient safety*. BMJ Books. London. s. 9–30. 2001.
29. Yddal B, Fritzøe T, Liljebäck N, Holm J. EPJ og sykepleiedokumentasjon. Del-evaluering; Sandefjords kommunes fyrtårnprosjekt Kvalitet og effektivitet i pasientforløpet. *Prosjektrapport HSI–407*. 2007.
30. Gjevjon E, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19: 100–108. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
31. Alvsvåg H. *Omsorgsfilosofi*. I red: Tomey A & Alligood M. *Sykepleieteoretikere*. Munksgaard. København. 2011
32. Martinsen K. *Fra Marx til Løgstup*. Tano. Oslo. 1993.
33. Bø B, Meling M. *Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten*. I red: K. Aase. *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget. Oslo. s. 141–152. 2010.
34. Reason J. *Human error*. Cambridge University Press. New York. 2002.