

Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv

Merethe Rusdal

Master i helse og sosialfag

Universitetet i Stavanger

Institutt for helsefag

Juni 2010

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2010
(vår/høst - årstall)

FORFATTER: Merethe Rusdal

VEILEDER: Karina Aase

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv

Engelsk tittel: Safety in alternating care in primary health services

EMNEORD/STIKKORD: Sikkerhet, kontinuitet, vekselopphold, dokumentasjon

ANTALL SIDER:87

STAVANGER 28 juni 2010

"Kontinuitet i vårdens innehåll är givetvis beroende av vårdgivarnas kunnskap och den kommunikasjon som sker. Utan kunnskap om pasienten som person samt dennas olika behov av medicinsk behandling og omvårdnad kan kontinuitet inte oppnås. Den "røda tråden" kan då komma at utebli och sambandet mellom olika vidtagna åtgärder brista. Forutan den fysiske og emotionelle stress som det innebær att vara sjuk, møter vanligen pasienterna många og ständigt växlande personar blant vårdpersonalen. De møter även olika slag av vårdinstansar og olika vårdnivåer. En tydelig beskrivning av vårdens innhold og metodar samt formarna for samverkan mellom vårdpersonalen blir ett villkor for at den enskilda pasientens vårdbehov skall komma att tilgodeses under betryggande former på ett kontinuerlig sätt. Det forutsætter en fungerande kommunikation mellom de ulike vårdgivarane og mellom vårdgivarne og pasienten samt dennas anførige" (Lindencrona 1987, s. 13-14).

Forord

Jeg har over lang tid vært opptatt av informasjonsoverføring og dokumentasjon av sykepleie. Å studere disse tema i lys av sikkerhet har gitt meg mer kunnskap generelt og også gjort meg mer oppmerksom på hva som bør vektlegges i undervisning av sykepleiestudenter og i utførelsen av sykepleie. Utvikling og forskning er nødvendig for å utvikle stadig mer kunnskap om disse tema.

Det er en rekke personer som har gjort arbeidet med denne studien mulig for meg. Jeg vil benytte anledningen til å takke disse.

Først vil jeg takke arbeidsplassene der undersøkelsene har pågått. Takk for praktisk tilrettelegging, tilliten dere har vist og tiden dere delte i en svært travel hverdag.

Takk og til ansvarlige lærere og medstudenter for flott opplegg og to givende år.

Stor takk til min veileder Karina Aase for grundig veiledning, og inspirasjon gjennom alle faser av dette arbeidet.

Takk til alle i min nærmeste familie for anerkjennelse, og til slutt takk til min mann Ivar for å ha vært tålmodig drøftingspartner, korrekturleser og for daglig støtte.

Merethe Rusdal

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag	4
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Studiens relevans.....	7
1.3 Presentasjon av studiens problemområder.....	7
1.4 Hensikt	9
1.5 Brukerperspektivet.....	9
1.6 Oppgavens struktur.....	10
2.0 Oppgavens teoretiske fundament	11
2.1 Sentrale begreper.....	11
2.2 Tidligere studier knyttet til sikkerhet og kontinuitet.....	12
2.3 Generell teori om sikkerhet.....	13
2.4 Teori om sykepleie.....	17
2.5. Sykepleieprosessen.....	20
2.6 Kontinuitet.....	21
3.0 Design	
3.1 Valg av forskningsdesign.....	22
3.2 Begrunnelse for valg av kvalitativ metode.....	23
3.3 Fenomenologi og hermeneutikk.....	23
3.4 Datasamling.....	24
3.4.1 Utvalg av enheter.....	24
3.4.2 Konteksten vekselpleie.....	25
3.4.3 Sykepleiedokumentasjon.....	25
3.4.4 Intervju av ansatte.....	26
3.5 Kvalitativ analyse.....	27
3.5.1 Ulike strategier for kvalitativ analyse.....	27
3.5.2 Analyse av pasientjournaler.....	28
3.5.3 Analyse av intervjuer.....	30

3.6 Krav til forskning.....	33
3.7 Metodiske og etiske overveielser	34
4.0 Konteksten vekselpleie.....	35
4.1 Ytre rammer.....	35
4.2 Presentasjon av tjenestestedene.....	37
5.0 Resultater fra journalgjennomgang.....	48
5.1 Resultat av analysert sykepleiedokumentasjon.....	48
6.0 Resultater fra intervjuer.....	54
6.1 Betydningen av vekselpleie for pasienter og pårørende.....	54
6.2 Organisering av tjenestene rundt vekselpasienter.....	58
6.3 Overføringer.....	64
6.4 Risiko.....	66
6.6 Avviksrapportering.....	69
6.7 Vekselpleie et gode på tross av mangler og risiko.....	70
7.0 Drøfting.....	71
7.1 Kontinuitet på ulike nivå.....	71
7.1.1 Kontinuitet innad i hjemmesykepleien og sykehjem.....	71
7.1.2 Kontinuitet mellom hjemmesykepleien og sykehjem.....	73
7.1.3 Kontinuitetsbrudd mellom spesialisthelsetjeneste og sykehjem/hjemmesykepleie.....	75
7.2 Bakenforliggende årsaker til manglende sykepleiedokumentasjon.....	76
7.3 Er det farlig å være vekselpasient?	80
8.0 Konkusjon.....	83
8.1 Svarene på forskningsspørsmålene.....	83
8.2 Implikasjoner for praksis.....	85
8.3 Videre forskning.....	86

VEDLEGG

1. Presentasjon av informantene
2. Orientering om studiet fra UiS
3. Søknad om tilgang til forskningsfeltet
4. Informasjon om studien til pasienter
5. Samtykkeerklæring for innsyn i journal
6. Invitasjon til individuelle intervju
7. Informert samtykke, intervju
8. Intervjuguide sykepleiere og hjelpepleiere
9. Intervjuguide legene
10. Hjelpeskjema 3.3 analyse av intervju
11. Godkjenning fra NSD

FIGURER

1. Figur 2.1 Sveitserostmodellen
2. Figur 6.1 Kommunikasjon mellom sykehjem og hjemmesykepleie

TABELLER

1. Tabell 4.1 Stillingsoversikt sykehjem
2. Tabell 4.2 Stillingsoversikt hjemmesykepleien
3. Tabell 4.3 Funksjonsområder i CosDoc
4. Tabell 4.4 Ukedose
5. Tabell 4.5 Oversikt over rapporterte avvik i 3 måneder høsten 2009 i hjemmesykepleien
6. Tabell 4.6 Oversikt over rapporterte avvik i 6 måneder 2009/2010 på sykehjem

HJELPESKJEMA

1. Hjelpeskjema 3.1 Sykepleiedokumentasjon
2. Hjelpeskjema 3.2. a Foreløpige funn
3. Hjelpeskjema 3.2. b Matrise for organisering av arbeidet
4. Hjelpeskjema 3.3 Kolonner for organisering av arbeidet (Vedlegg 10)

Sammendrag

Denne studien undersøker pasientsikkerhet innen eldreomsorgen i kommunehelsetjenesten. Problemstillingen er om pasienter som veksler jevnlig mellom sykehjem og eget hjem får ivaretatt kontinuitet og sikkerhet i pleien.

Bakgrunn og mål: Eldreomsorgen har mange og store utfordringer, og de forventes å øke i tiden framover. Å ivareta kontinuitet og sikkerhet for en voksende pasientgruppe med flere og sammensatte sykdommer er et komplekst område. Mange av pasientene innen eldreomsorg veksler mellom ulike tjenestesteder. Ved å bringe sikkerhetsperspektivet inn i denne delen av helsetjenestene er det et mål at studien kan belyse hvilke forhold som innebærer risiko og hva som faktisk er godt ivaretatt for *en* gruppe innen eldreomsorg, nemlig pasienter som mottar tjenesten vekselopphold i kommunen.

Oppgaven søker svar på følgende forsknings spørsmål med utgangspunkt i problemstillingen:

1. Hvordan påvirker kontinuitet sikkerheten til vekselpasienter?
2. Hvorfor er sykepleiedokumentasjon viktig for å ivareta sikkerhet og kontinuitet ?
3. Hvordan kommuniserer tjenesteaktørene rundt vekselpasientene?
4. Hvordan er rammebetingelser og organisering av tjenestene for dem som skal ivareta sikkerhet og kontinuitet til vekselpasienter?

Forskningsdesign. Studien har et eksplorerende design der følgende tre undersøkelser svarer på problemstillingen: 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. I denne undersøkelsen anvendes kvalitativ metode der ny kunnskap utvikles fra de innsamlede data.

Funn: I hovedsak dokumenterer undersøkelsen at vekselpleie er positivt som *tjenesteform*. De fleste pasientene har nytte av tjenestene, pårørende får hardt tiltrengt avlastning og fagfolkene anbefaler det som oftest. 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 svikt som kan medføre risiko, blant annet innen

informasjonsoverføring. Studien viser at dette henger sammen med at epikriser med opplysninger om skifte av legemiddel oftest ikke foreligger før etter at pasienten har skiftet tjenestested. Videre viser studien risiko for at pasientene ikke får dekket sine grunnleggende behov. Dette vises i mangelfull sykepleiedokumentasjon inklusivt sparsomme eller manglende overføringsrapporter ved skifte av tjenestested. Et tredje funn er at vekselpasienter er utsatt for risiko for uheldige hendelser etter kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette fordi opplysninger fra spesialisthelsetjenesten går til fastlegen. Dermed mangler informasjonen dersom pasienten er i sykehjemsfasen av oppholdet.

Konklusjon:

Mangler i overføring av opplysninger om legemidler og om pasientens grunnleggende behov innebærer kontinuitetsbrudd. Dette truer sikkerheten, særlig på lang sikt.

Studien viser også at sykepleiedokumentasjonen er sparsom og at dette også gir risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov. Studien finner at vekselpleie innebærer forutsigbarhet og at manglende dokumentasjon i en viss grad kompenseres av at pasientene overleveres til pleiere som kjenner dem fra før.

Kommunikasjonen mellom tjenesteaktørene rundt vekselpasienten er særlig mangelfull mellom fastlege og sykehjemslege. Sykepleierne, særlig i hjemmesykepleien, kompenserer for dette. Kommunikasjonen mellom pleierne i hjemmesykepleien og sykehjemmet foregår formelt gjennom koordinator. Her vises at pårørende fungerer som et bindeledd ved siden av koordinator.

Studien viser at rammebetingelsene gir begrensninger innen dokumentasjon, og i hjemmesykepleien også innen muntlige rapporter. Studien gir derimot ikke sikkert svar på hvordan organiseringen av tjenestene påvirker sikkerhet og kontinuitet.

Studien anbefaler videre forskning angående veksling av tjenested innen andre deler av kommunehelsetjenesten. Aktuelle områder er eldre som mottar sporadiske kortidsopphold og psykisk utviklingshemmede som innehar tjenesten avlastningsbolig. Studien anbefaler også forskning på tilsvarende undersøkelser der brukere er involvert.

1.0 Innledning.

Pasientsikkerhet innen kommunehelsetjenesten er tema for denne oppgaven. Studien retter seg spesifikt mot pasientsikkerhet i samhandlingen mellom to ulike tjenestested innen eldreomsorgen i kommunale helsetjenester. Samhandlingsreformen (St. meld. nr 47, 2008 -2009) sier det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig tjeneste som er godt samordnet og preget av kontinuitet, og dette er særlig viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre pasienter med flere sykdommer. Denne samhandlingen kan være mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, eller den kan være mellom deltjenester innen kommunen, som denne oppgaven omhandler. Samhandlingsreformen påpeker også at veksten av tjenestelevering innen eldreomsorgen de siste årene har vært størst i hjemmetjenesten. Mange pleietrengende 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 kombinasjonstjeneste. Det er denne tjenesteformen som vil bli studert nærmere i denne oppgaven i lys av sikkerheten til pasientene.

1.1 Bakgrunn.

Mange forbinder sikkerhetstenkning og pasientsikkerhet med høyrisiko. Reason (2001) sier at for bare 10 år siden var sikkerhet forbundet med ulykker i forbindelse med fly, sjø, veitransport og atomkraft. Den innflytelsesrike amerikanske rapporten "*To err is Human*" (1999) er oppfattet som et vendepunkt innen arbeidet med sikkerhet i helsetjenesten. Den norske legen og professoren Peter F Hjort sier: " Denne rapporten har hatt større politiske virkninger på helsetjenesten i alle de vestlige land enn noen annen rapport jeg vet om" (Hjort 2007, s. 31). I USA finnes forskning som har studert uønskede hendelser i forbindelse med pasienter som veksler mellom ulike omsorgsformer (ambulatory care), for eksempel (Field et al. 2001, Gurwitz et al. 2003). Men både nasjonalt og internasjonalt har fokuset vært mest rettet mot pasientsikkerhet i somatiske sykehus og langt mindre i for eksempel kommunehelsetjenesten (Hjort 2007, Vincent 2006). Hjort (2007) hevder videre at eldre er en risikogruppe knyttet til uheldige hendelser og at "det er direkte sjokkerende at dette problemet blir liggende år etter år, uten forskning uten rapportering og uten tiltak"(Hjort 2007, s.46).

Verdens helseorganisasjon har gjennom "Joint Commission for Accreditation of Patient Safety Solutions" introdusert 9 temaer innen pasientsikkerhet der det må utvises særlig aktsomhet. Det tredje av disse omhandler vaktskifter, opplysningsoverføringer og samhandling. "Gaps in hand-over (or hand-off) communication between patient care units, and between and among care teams, can cause serious breakdowns in the continuity of care, inappropriate treatment, and potential harm for the patient" (Joint Commission, 2007).

Ved brudd på sikkerheten kan også tilliten til helsevesenet svekkes (Firth –Cozen, 2004). Saken fra sykehuset Asker og Bærum og Vestre Viken HF fra i år viser hvor galt det kan gå når rutiner brytes eller misligholdes. I denne saken er det mistanke om at fristbrudd ved innkalling fra ventelister har medført helseskade og død. Statens Helsetilsyn har politianmeldt sykehuset for disse forhold. Firth–Cozens (2004) sier at det kan ta mange år å opparbeide tillit etter grove brudd på pasientsikkerhetsforhold. Aase (2010) sier at pasientsikkerhet handler om å ivareta pasientens sikkerhet slik at uheldige hendelser unngås.

1.2 Studiens relevans.

Denne studien ser spesielt på pasientsikkerhet i forbindelse med overflyttinger innen kommunehelsetjenesten. At eldres sykdommer ofte er sammensatte og langvarige skulle gjøre det særlig relevant å forske på dette problemområdet (Hjort 2007). I samhandlingsreformen heter det : "Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene" (St.meld.nr.47, 2008 – 2009, s.50).

Tjenesten vekselopphold eksisterer som en tjeneste det kan søkes om på lik linje med andre søknader om sykehjemsopphold. Mange kommuner benytter seg av denne utformingen av korttidsopphold på sykehjem. At ordet vekselopphold, eller rullerende opphold, mangler formell benevnelse i forskrift og lovverk og sjelden er nevnt i offentlige dokumenter gjør det ikke mindre relevant å undersøke muligheter og utfordringer ved denne tjenesteformen.

1.3 Presentasjon av studiens problemområder.

Med bakgrunn i de tre begrepene vekselpleie, sikkerhet og kontinuitet er problemstillingen i denne oppgaven:

"Hvordan ivaretas kontinuitet og sikkerhet i pleien til vekselpasienter innen eldeomsorg"?

Av denne problemstillingen har jeg utledet følgende fire forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker kontinuitet sikkerheten til vekselpasienter?
2. Hvorfor er sykepleiedokumentasjon viktig for å ivareta sikkerhet og kontinuitet ?
3. Hvordan kommuniserer tjenesteaktørene rundt vekselpasientene?
4. Hvordan er rammebetingelser og organisering av tjenestene for de som skal ivareta sikkerhet og kontinuitet til vekselpasienter?

Hvordan sikkerhet og kontinuitet ivaretas for vekselpasienten vil jeg undersøke ved å:

1. Presentere konteksten vekselpleie
2. Studere sykepleiedokumentasjonen i pasientjournaler
3. Intervjue ansatte ved sykehjem og hjemmetjenester

Tjenesten vekselopphold har sannsynligvis vært i kontinuerlig bruk i mange norske kommuner siden kommunene overtok sykehjemmene fra fylkeskommunen i 1988. Det har ikke lyktes å få eksakt dokumentasjon om dette, men ledere i undersøkelseskommunen, så vel som nabokommunen, har muntlig bekreftet denne antakelsen. Vekselpleie innebærer pleie til pasienter som har fått innvilget tjenesten hjemmesykepleie kombinert med jevnlig, forutsigbare kortidsopphold på sykehjem. En vanlig avtale er 3 uker på sykehjem og 6 uker hjemme, men andre inndelinger forekommer. Bakgrunnen for tjenesten er ofte at pasienter klarer seg marginalt hjemme, og kommer seg "litt opp" ved hjelp av jevnlig sykehjemsopphold. De er likevel ikke motiverte for fast sykehjems plass. Andre får veksel plass i påvente av fast plass, og en tredje vanlig grunn er at pårørende trenger avlastning.

Sykepleiedokumentasjon. I 2001 fikk helsepersonell som utfører helsehjelp dokumentasjonsplikt gjennom helsepersonelloven. Plikten til sykepleiedokumentasjon gjenspeiles også i mange andre ulike lover og forskrifter, for eksempel

pasientrettighetsloven (1999) og journalforskriften (2000). Heggdal (2006) begrunner hvorfor en skal dokumentere sykepleie blant annet med at sykepleiedokumentasjon ivaretar pasientens sikkerhet, og at sykepleiedokumentasjon ivaretar kvalitet og kontinuitet i pleien.

1.4 Hensikt.

Det er velkjent at eldreomsorgen har store oppgaver og utfordringer framover. En økende andel eldre i befolkningen og økt forventet levealder med større sannsynlighet for kronisk sykdom, problemer med nok fagpersonell, og mange små stillingsbrøker er alle reelle utfordringer som vil bli enda større framover. Dessuten er det mange pasienter som veksler mellom ulike tjenestenivå og ulike tjenestesteder og dermed krever kontinuitet i helsetjenestene.

Jeg ønsker å undersøke hvordan og hvorfor konsekvensene av de ovennevnte forhold har betydning for sikkerheten for *en* gruppe av disse pasientene, nemlig vekselpasienter. Å anvende sikkerhetsperspektivet i denne delen av kommunehelsetjenesten er en annen vinkling på ovennevnte utfordringer, og det er et mål for undersøkelsen at sikkerhetsperspektivet kan bidra til å belyse hvilke forhold som innebærer risiko og hva som faktisk allerede er godt ivaretatt for disse pasientene. Fordi undersøkelsen krever fordypning i tjenesteområdene hjemmesykepleie og sykehjem, og ikke minst i kontaktflaten mellom dem, vil ny kunnskap genereres. Derfor er det også et mål for denne undersøkelsen at de funn som blir utledet av studien, kan anvendes i videre forskning på sikkerhet og kontinuitet vedrørende sykepleie i kommunehelsetjenesten.

1.5 Brukerperspektivet.

Brukerperspektivet i studien er ivaretatt gjennom ansattes syn på hvordan vekselpleie framstår for brukeren. Mer kunnskap om temaene kontinuitet og sikkerhet i pleien vil være til brukerens beste. Da antas det at kontinuitet og sikkerhet oppleves som en verdi. Men brukerperspektivet er ikke uten unntak sammenfallende med det ansatte mener er brukerens beste. Dette vil bli presentert som en del av funnene i kapittel 6. I kapittel 2 vil det også bli vist til likhet mellom brukermidvirkning og den modellen for sykepleieteori som studien tar utgangspunkt i.

I denne undersøkelsen er ikke "brukerens stemme" en direkte del av undersøkelsen. Derimot er det en del av undersøkelsen å studere pasientjournaler. Her er et fokus hvordan pasientens individuelle opplevelser av deres hjelpebehov kommer til uttrykk. På det grunnlag undersøkes også hvordan brukerperspektivet kommer til syne eller mangler i tjenesten vekselpleie.

1.6 Oppgavens struktur. Oppgavens oppbygning er som følger: I kapittel 1 redegjøres det for oppgavens bakgrunn, formål og problemstilling. I kapittel 2, teoridelen, presenteres studiens forskningsmessige kontekst og noen begrepsavklaringer, samt gjennomgang av teori om sikkerhet og teori om sykepleie. Kapittel 3, metodekapitlet, redegjør for design, og for hvordan jeg har gått fram for å løse oppgaven, inklusivt analyser. I kapittel 4, 5 og 6 presenteres funn fra oppgavens tre empiriske deler. I kapittel 7 drøftes disse funnene fra empirien mot ulike aspekter av kontinuitet og mot øvrig teori om sikkerhet og om sykepleie. Oppgaven avsluttes med oppsummering og konklusjon i kapittel 8.

2.0 Oppgavens teoretiske fundament.

I første del av dette kapitlet avklares noen sentrale begreper. Deretter vises til litteratur og artikler fra helsetjenesten som omtaler sikkerhet i forbindelse med endring og skifte av tjenestenivå eller tjenestested. Videre presenteres og gjøres det rede for generell teori om sikkerhet etter James Reason. Deretter presenteres teori om sykepleie etter Virginia Henderson som en del av grunnlagstenkning for sykepleie. Tilslutt redegjøres kort for hva sykepleieprosessen innebærer som arbeidsmetode for dokumentasjon av sykepleie, og for innholdet i begrepet kontinuitet.

2.1 Sentrale begreper.

Pasientsikkerhet. Den definisjonen som er valgt i denne oppgaven er hentet fra Vincent (2006): "Det å forhindre, forbygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser" (s.14)

Kontinuitet. Sandvand & Vabo (2007) forklarer kontinuitet i forhold til sykepleiedokumentasjon som: "Vedvarende utvikling, ubrutt sammenheng. Her menes for eksempel at den dokumenterte helsehjelpen oppdateres av alt helsepersonell ved endring. Det er kontinuitet i dokumentasjonen" (s. 233). Mange offentlige rapporter fokuserer på viktigheten av kontinuitet i helsetjenesten, blant annet samhandlingsreformen, (St.meld. nr 47, 2008 -2009 og Riksrevisjonens administrative rapport nr.1 2009).

Uheldig hendelse. Hjort (2007) skiller mellom uheldig hendelse og komplikasjon. En komplikasjon er det en statistisk påregnelig risiko for at kan skje, mens en uheldig hendelse ikke skal skje i det hele tatt.

Sømløs tjeneste kan defineres som tidsriktig og tilpasset overføring av aktiviteter og informasjon når ansvar for å yte helsetjenester helt eller delvis overføres fra en helsetjenestetilbyder til en annen.

Kilde: CEN/TC 251 health Informatics - System of concepts to support continuity of care
Tilgjengelig på:

http://no.healthworkflow.idi.ntnu.no/index.php/S%C3%B8ml%C3%B8s_helsetjeneste

Vaktskifte. I vaktskifte er det sentrale begrep overlevering. Bø & Meling (2010) har definert vaktskifte som: "Måten den ansatte går av vakt på og overleverer erfaringer, kunnskap, pasientopplysninger og dokumentasjon til ansatte som går på vakt for å tilrettelegge for kontinuitet i pasientbehandlingen"(s.141).

2.2 Tidligere studier knyttet til sikkerhet.

Denne undersøkelsen baseres på og sammenlignes med resultat fra andres forskning:

Aase & Testad (2010) beskriver sikkerhet i grenseflatene mellom ulike tjenestenivåer, men ikke innad i kommunehelsetjenesten. De finner at et utsatt område for risiko i forbindelse med overføringer er informasjonsflyt, særlig informasjon angående legemiddelhåndtering.

Bø & Meling (2010) beskriver pasientsikkerhet knyttet til vaktskifter i sykepleietjenesten. Deres studie viser at vaktskifter er komplekse og sammensatte arbeidsprosesser som påvirker sikkerheten ved sykehus.

Det finnes også annen generell litteratur innen pasientsikkerhetsfeltet som påpeker at skifte av tjenestested eller annen endring kan være et risikoområde (Hjort 2007, Kohn et.al 2000, Rosenthal 2002, Vincent 2006, Reason 2002) Reason sier: "Change in one guise or another is a regular feature of error-producing situations"(Reason 2002, s.60).

Av internasjonal litteratur knyttet til problemstillingen i denne oppgaven finnes en amerikansk studie fra 2003 av forfatterne Gurwitz et al: *The incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting*. De fastslår at uønskede hendelser med legemiddelhåndtering forekommer oftere hos eldre som periodevis mottar omsorgstjenester enn der pasienter mottar vedvarende former for omsorg. Gurwitz et al. viser blant annet at endret tjenesteutforming og elektroniske legemiddelkort kan forebygge uønskede hendelser.

En studie fra 2001 av artikkelforfatterne Field et al. *Risk factors for adverse drug events among nursing home residents* sier at nye (min understrekning) beboere med komplekst sykdomsbilde og mange ulike medisiner er særlig utsatt for feilmedisinering. Field et al.

konkluderer med at leger som forskriver medisiner til nye sykehjemsbeboere og/eller til de pasientene som har komplekse sykdommer og som bruker mange ulike legemidler, bør utvise stor forsiktighet. Samtidig må det stilles ekstra krav til sykepleierne om nøyaktighet og observasjoner av virkning og bivirkning av medikamenter. I de to ovennevnte artiklene må det tas forbehold om at norske og amerikanske forhold er ulike angående utformingen av tjenester.

Moen & Obstfelder (2006) har i artikkelen *The Electronic Patient Record in Community* undersøkt om overgangen til elektronisk dokumentasjonssystem i forbindelse med omorganisering i en bestemt norsk kommune har forbedret dokumentasjonspraksisen og gjort tjenesten sømløs. De konkluderer blant annet med at foreløpig har overgang til elektronisk dokumentasjon ikke hjulpet, og at det kan se ut til at muntlige rapporter, skriftlige beskjerer og andre uformelle mekanismer er nødvendige for å opprettholde kontinuiteten i pleien.

Aase, Ask & Meling (2007) har studert ulike typer vaktskifter i en artikkel om sikkerhet i forbindelse med vaktskifter. På samme måte som Moen & Obstfelder (2006) finner de ikke at en bestemt metode å overlevere opplysninger på er merkbart bedre enn andre. De viser til andre forhold for at kvaliteten på rapport i vaktskiftene skal bli god. Disse forholdene er blant annet nok tid, minimalt med avbrytelser, nok, men ikke for mye opplysninger, erfaringer om sykdommene det rapporteres om, samt dyktighet i framførelsen av rapportene.

Danielsen & Fjær (2010) har gjort en studie av syke, eldre pasienter fra sykehus til kommune. I denne studien har de analysert kontaktflatene mellom de to organisatoriske systemene. De konkluderer blant annet med både praktiske utfordringer og for liten forståelse for organisatoriske betingelser hos hverandre, samt for liten forståelse for betydning av kunnskapsoverføring om pasientens hjelpebehov og helsetilstand.

2.3 Generell teori om sikkerhet.

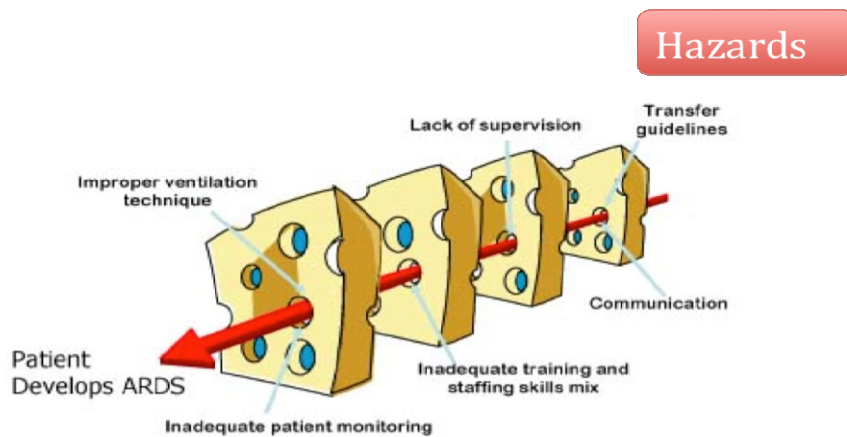
James Reason er en anerkjent teoretiker innen sikkerhetsfaget, og helsevesenet synes å ha omfavnet hans "sveitserostmodell" (Reason 2008). Reasons teorier om organisatoriske og menneskelige faktorer er i utgangspunktet ikke utviklet for

helsevesenet. Men i Reason (2001) redegjør han og gir eksempler på hvordan hans teorier også kan anvendes som forklaringsmodeller for pasientsikkerhet. Hans teori om årsaker til uønskede hendelser har vært benyttet i internasjonale undersøkelser innen pasientsikkerhet, for eksempel Vincent (2003) og Burke et al. 2008. "Sveitser-ost" modellen (Reason 2008) er også ofte benyttet som forklaringsmodell innen pasientsikkerhet

I "Managing the Risks of Organizational Accidents" (2008) gir Reason innføring i sammenhengen mellom organisering og uønskede hendelser, og ser på bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser. I "*Human Error*" (2002) gis teori om årsaker til uønskede hendelser, og årsakene grupperes.

Reason (2008) skiller mellom to typer uønskede hendelser; organisatoriske og individbaserte. Organisatoriske feil har som oftest multiple årsaker, involverer mange deltakere og befinner seg på mange ulike nivå, mens de individuelle kjennetegnes ved at personen er både utfører og offer.

Reason (2008) søker etter underliggende prinsipper og logiske forklaringer til at uønskede hendelser skjer. Sentralt spørsmål i all ulykkesforskning er på hvilken måte ulykkesbarrierer blir brutt? Reason (2008) sier at tre faktorer spiller en rolle for brudd som fører til ulykke, menneskelig svikt, teknisk svikt og organisatorisk svikt. Og han hevder videre at jo mer kompleks en oppgave er, jo dårligere beskyttelse er det mot uhell. Han skiller også mellom harde og myke forsvarsbarrierer, der tekniske innretninger, alarmer etc. representerer de harde, mens regler og prosedyrer (people and paper) utgjør de myke Reason (2008). Reason (2008) hevder at i ethvert system skal det ligge sikkerhetsmekanismer som fanger opp feilene før de begås. Dette illustrerer han med "sveitserostteorien" : "Normalt vil hullene ikke passe til hverandre, men passer de til hverandre vil den uheldige hendelsen gå tvers igjennom. Poenget er altså at *en* feil aldri skal være nok, for den skal alltid fanges opp av sikkerhetsmekanismer". (Hjort, 2007, s. 54).



Adapted from Reason, 1997

Figur. 2.1 Sveitserostmodellen

Figur 2.1 viser en situasjon der pasienten har utviklet lungesviktsyndrom (ARDS) fordi overvåking og ventilering av pasienten har sviktet. Figuren viser en serie bakenforliggende årsaker til at personen i enden av figuren ikke har klart å overvåke pasienten, og til slutt har blitt den som får "skylden" for hendelsen. De bakenforliggende årsaker i denne figuren er vist som at organisasjonen ikke har sørget for nok opplæring og at personalet innehar ulike ferdigheter, før det kan personalet ha vært dårlig ledet, det kan ha vært mangelfull kommunikasjon, og rutineene for oppgaven kan ha blitt glemt.

Når uhell likevel skjer, må vi skille mellom aktive feil og bakenforliggende årsaker. Mennesket (for eksempel sykepleieren, min tilføyelse), befinner seg i den skarpe enden av en organisasjon, og er den som fronter feilen. Reason (2008) hevder at selv om det er menneskelig å feile og at å feile er en uunngåelig del av det å være menneske, så finnes *årsakene* til feil i et komplekst system ofte bak individet i fronten. Årsakene er oftest latente, og menneskelig natur kan ikke endres, men årsakene som ligger bak, kan ofte motarbeides innen organisasjonen. Et relevant eksempel på det fra helsevesenet kan være tillaging av medisindosett på sykehjem. Ikke alle vakter og alle steder er det muligheter for at sykepleieren som legger dosetter får jobbe uten avbrudd bak lukket dør. Stadige avbrudd og forstyrrelser påvirker konsentrasjonen og øker mulighetene for feil. "You can't change the human condition, but you can change the human conditions under which people work" (Reason 2008, s.223).

Teori om årsaker til uønskede hendelser. Reason (2002) sier at vi må konsentrere oss både om under hvilke omstendigheter feil viser seg i, og hvilken form de har. " An adequate theory, therefore, is one that enables us to forecast both the *conditions* under which an error will occur, and the particular *form* that it will take". (Reason, 2002, s.4)

Reason (2002) deler feil inn i to hovedformer, feil planlegging og "slips and lapses", her oversatt til uoppmerksomhet og forglemmelse. En annen inndeling Reason (2002) foretar er å sammenstille nivået feilen er begått på, med hvilken type feil som begås. Nivåene feil forekommer på deler han inn i:

1. manglende ferdigheter
2. manglende eller feil plan for arbeidet og
3. manglende kunnskaper.

Forglemmelser og uoppmerksomhet forekommer sammen med manglende ferdigheter, mens prosedyrefeil/regelfeil skyldes feil prosedyre eller manglende plan og kunnskapsbaserte feil skyldes nettopp manglende kunnskap, eller manglende kunnskap til å reflektere over det beste alternativ.

En sykepleier som skal stelle et leggsår kan gjøre ulike feil etter denne inndelingen. Hun kan glemme et ledd i prosedyren, som for eksempel å legge på forordnet salve eller feste bandasjen på en klønete måte så den faller av; ferdighetsfeil. Hun kan av ulike årsaker, for eksempel hvis et sykehjem ikke har overført prosedyren for stell av såret til neste tjenestested, gjøre bruk av gal prosedyre eller ikke bruke prosedyre i det hele tatt; feil prosedyre eller manglende plan. Hvis det er en ren kunnskapsbasert feil, kan hun gjøre sterilt, eller rent utstyr urent uten å vite hvorfor det er utilrådelig, eller hun kan utelate å informere pasienten om f.eks. å holde foten høyt, eller om at ernæring spiller en rolle for tilheling av såret, fordi hun mangler kunnskap om dette selv. De kunnskapsbaserte feilene vil oftest være de vanskeligst å oppdage (Reason 2002).

Reason (2008) skriver om håndtering av den menneskelige faktor for å forebygge og forstå uønskede hendelser. I Reason (2001) påpeker han at den menneskelige faktor, særlig innen medisin, også er en forsvarsbarriere mot uønskede hendelser, fordi

pasienten selv er en del av den menneskelige faktor og kan være den som legger merke til evt. feil.

Andre sikkerhetsteorier som anvendes innen pasientsikkerhet er : *Perrow* som i sin teori om sikkerhet hevder at ved å legge nye forholdsregler eller rutiner inn i komplekse systemer, kan disse i seg selv medvirke til å skape nye ulykkeskategorier (1999).

Innen *Resilience Engineering* hevdes det at sikkerhet må være en kjerneverdi i organisasjoner, og ikke en "vare" som plasseres inn i organisasjonen blant mange andre ting den skal forholde seg til, (Hollnagel et al. 2006). Ved å gjøre bruk av innsikten fra tidligere uønskede hendelser kan organisasjoner drive vedvarende forbedringsarbeid.

En annen anerkjent teori om sikkerhet innen høyrisikoorganisasjoner er HRO (High Reliability Organizations), som er en sikkerhetsteori som innebærer systemtilnærming. Rosenthal (2002) hevder at sikkerhetsteori med systemtilnærming er lovende når det gjelder å redusere feil innen legemiddelhåndtering. Men han er mer skeptisk til om denne modellen er like anvendbar i primærhelsetjenesten: "Unfortunately, the aviation modell of error reduction may not translate nearly as well for primary care as it has for repetitive hospital-based services such as anesthesia" (Rosenthal 2002, s., 73-74).

Jeg finner at Reason sin teori fungerer opp mot sikkerhet i kommunehelsetjenesten fordi hans teori om sammenhenger mellom organisering og uønskede hendelser kan overføres til denne sektoren.

2.4 Teori om sykepleie.

I 1950 årene ble sykepleierutdanningen i USA lagt til universitetene. Det teoretiske arbeidet med *hva* undervisningen skulle inneholde, ga opphav til de første sykepleieteoriene som også skulle markere og avgrense sykepleierens særegne funksjonsområder.

Virginia Henderson (1897 – 1996) var blant de første som formulerte en sykepleieteori, Hendersons sykepleiedefinisjon, som sammen med hennes 14 grunnprinsipper som beskriver sykepleierens ansvarsområder, høster stor anerkjennelse og fortsatt preger

sykepleietenkningen i mange land (Kristoffersen et al.2006). Hendersons filosofi er basert på Thornedike, amerikansk psykolog, sine egne erfaringer i rehabiliterende sykepleie, og sykepleierteoretikeren Orlando's arbeid med hensyn til begrepsdannelser av nøye overveide handlinger (delibrate nursing action) (Orlando 1961). Hendersons definisjon av sykepleie er opprinnelig fra 1955 og er den dag i dag den mest kjente og brukte definisjonen på sykepleie:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død) , noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1986).

Henderson var også opptatt av ulike aspekter på forholdet mellom pasient og pleier. Utgangspunktet kan i den ene enden av skalaen være at pasient og pleier har helt forskjellige mål med pleien. Mens i den andre enden av skalaen samarbeider pasient og pleier om å løse pasientens problemer. De tiltakene en sykepleier skal hjelpe pasienten med kan etter Hendersons teori ifølge Tomey og Alligood (2006) inndeles i nivåer der graden av hjelp som pleieren yter varierer mellom å handle i stedet for pasienten til å være partner med pasienten.

- å handle i stedet for pasienten (a substitute for the patient)
- en hjelper for pasienten
- en partner med pasienten

Hendersons inndeling i hjelpenivåer er ikke uten likheter til Eikeland og Heggen (2008) sin definisjon av brukermedvirkning og til det som Rodwell (1995) legger i begrepet "empowerment". Brukermedvirkning: " Det dreiar seg om at pasienten sjølv aktivt skal medvirke og ta avgjerder i spørsmål som angår dei". (Ekeland og Heggen 2008, s 15). "Empowerment is: a helping process; a partnership valuing self and others; mutual desisionsmaking; and freedom to make choices and accept responsibility"(Rodwell 1995, s. 305)

Sentralt i Hendersons teori er også at pleien skal bygge på pasientens egne ressurser. Hvor mye pasienten involveres og tas med i de gjøremål han har behov for er avhengig av krefter, kunnskap og vilje. Det er altså ikke hvilken type sykdom pasienten har som avgjør hva slags sykepleie Henderson mener skal utøves, men pasientens sviktende ressurser til å dekke sine grunnleggende behov. Ved å vektlegge hva pasientens behov for hjelp er, framfor hvilken sykdom som ligger til grunn for at pasienten trenger hjelp tydeliggjør Henderson sykepleierens særegne funksjon.

Mest kjent er Henderson (Henderson 1986) for å ha definert 14 grunnleggende behov som sykepleie tar utgangspunkt i. Disse regner hun som felles for alle mennesker, de er universelle grunnbehov, som likevel er mangeartet fordi hvert menneske tolker sine behov individuelt (Henderson 1986).

1. å puste normalt
2. å spise og drikke tilstrekkelig
3. å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær og sko, og kle av og på seg.
7. å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå fare fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser
11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
13. å finne underholdning og fritidssysler
14. å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

Kristoffersen (2006) sier at Hendersons tenkning impliserer en trinnvis logisk tilnærming til løsningen av pasientens problem. Kristoffersen (2006) beskriver dette som datasamling, bedømming av behov, formulering av pasientens problem og utføring av nødvendige tiltak, dvs. de samme trinnene som sykepleieprosessen har utspring fra.

Heggdal (2006) sier at "først når tilfredsstillelsen av et grunnleggende behov er eller kan bli truet, trenger pasienten hjelp av sykepleier, og da må sykepleien dokumenteres" (Heggdal 2006 s. 149).

2.5 Sykepleieprosessen.

Som strukturelt rammeverk for å dokumentere sykepleie i pasientjournalen brukes sykepleieprosessen (Heggdal 2006). Sykepleieprosessen er ikke selvstendig teori utledet av sykepleie, "men må forstås som et teoretisk begrep som består av flere elementer som satt i system gjør sykepleieprosessen til en *problemløsende metode* som kan brukes i møte med pasientens behov for helsehjelp". (Sandvand & Vabo 2007, s.27). Andre (Yura & Walsh 1988 og Heggdal 2006) omtaler sykepleieprosessen som en metode med bakenforliggende teori. Det handler i begge tilfeller om å forene en mellommenneskelig prosess og en problemløsende metode. Sykepleieprosessen har fått sin praktiske anvendelse fortrinnsvis som en metode for å lage pleieplaner og dokumentere utført sykepleie. Institusjoner som utdanner sykepleiere har anerkjent den, og underviser i den som en metode for samhandling og dokumentering med og om pasienter. På oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet har KITH (2003) utarbeidet en rapport der det anbefales at sykepleieprosessen danner bakgrunn for dokumentasjon av helsehjelp.

Selv om Hendersons grunnprinsipper for sykepleie har likhetstrekk med sykepleieprosessen, hadde Henderson selv kritiske innvendinger til sykepleieprosessen. Hun hevder i Henderson (1982) at sykepleieprosessen blir brukt som substitutt for sykepleie, og derved reduserer det subjektive og intuitive aspekt ved sykepleie, og at sykepleieprosessen ignorerer utvikling av selvfølelse og selvstendighet hos pasienten . Andre kritikere er den norske filosofen og sykepleieteoretikeren Kari Martinsen. Hun sier blant annet i Martinsen (1991) at gjennom den problemløsende metode reduseres sykepleie til målrasjonalisme og problemløsning.

En annen sykepleieteori som omtaler ulike grunnleggende behov og som vektlegger betydningen av kontinuitet i sykepleien er Orem's egenomsorgsteori (Orem 2001) Hennes teori kunne også vært relevant for denne oppgaven. Jeg finner imidlertid at Hendersons sykepleieteori er mer i tråd med dagens syn på brukermedvirkning.

2.6 Kontinuitet.

Kontinuitet er et mangetydig og flerdimensjonalt begrep som Lindencrona (1987) definerer som en uavbrutt sammenheng. Lindencrona hevder videre at omsorg i seg selv er et ord som antyder en innretning mot kontinuitet. Så lenge det pågår sykepleie må kontinuiteten "påaktes". Kontinuitet i omsorg, dvs. samarbeidet mellom ulike omsorgsinstanser og omsorgsnivåer innebærer dermed et forløp over tid. I praksis blir da kontinuitet et utgangspunkt for å tilgodese hver pasients behov for omsorg i ulike faser (Lindencrona 1987). Lindencrona(1987) hevder at kontinuitet i noen tilfeller framstår som en primær forutsetning for god omsorg, i andre tilfeller er den av mindre betydning, men nesten aldri helt betydningsløs. Begrepet kontinuitet inneholder mange ulike aspekt:

Virksomhetsaspektet, Som for eksempel innebærer om kontinuiteten gjelder behandling eller omsorg, eller begge deler.

Organisatorisk aspekt, som har betydning for kontinuitet i forhold til nivå, organisasjonsform eller administrative forhold, og dermed virker inn på forutsetningene for kontinuitet.

Relasjonelt. Et slikt aspekt, sier Lindencrona (1987) berører eksempelvis hyppighet og kvalitet i omsorgen og innbefatter forhold til personell i den virksomheten pasienten befinner seg i.

Innholdsaspektet. I innholdsaspektet inngår den ubrutte samhandlingen i omsorgen med hensyn til de mål som finnes for pleien, samt planleggingen og tiltakene for å oppnå dem. Den inngriper således i pasientens, evt. pårørendes og personalets kjennskap til innhold og utforming av pleien. Lindencrona (1987) hevder at innholdsaspektet kommer til uttrykk i dokumentasjon og i hva som evt. ikke er dokumentert.

Kontinuitet innebærer også et tidsaspekt og et statistisk/matematisk aspekt. (Lindencrona 1987).

3.0 Design

I dette kapitlet presenteres oppgavens design. Deretter begrunner jeg valg av kvalitativ metode. Videre gjør jeg rede for den vitenskapsteori som den kvalitative metoden bygger på. Deretter følger beskrivelse av metoden, dvs hvordan datasamlingen gjennomføres, og hvordan analysen av dataene er foretatt.

Jeg viser også hvilke kriterier for vitenskapelig kunnskap er gjeldende for denne undersøkelsen, og gjør til slutt rede for hvilke metodiske og etiske overveielser jeg har tatt i betraktning.

3.1 Valg av forskningsdesign.

I denne studien ønsker jeg å besvare problemstillingen "Hvordan ivaretas kontinuitet og sikkerhet i pleien til vekselpasienter i eldreomsorgen". Problemstillingen er videre brutt ned i fire forskningsspørsmål som alle er av en hvordan-eller-hvorfor type. Dette, sammen med kompleksiteten i eldreomsorg og vekselpleie, gjør at eksplorerende design passer. Thagård (2009) sier at hensikten med en eksplorerende studie er å utforske et felt der det er lite kunnskap fra før. I dette tilfelle finnes det kunnskap om de kommunale helsetjenestene som berører denne studien fra før, men hvordan sikkerheten til pasienter som veksler mellom to enheter innen kommunehelsetjenesten påvirkes, er ikke eksplisitt undersøkt tidligere. Det er ikke noen uttalt forhåndsoppfatning om hvordan sikkerheten til vekselpasientene er ivaretatt, og jeg har ingen formulert hypotese om problemet. Derfor har jeg anvendt flere ulike undersøkelser om samme fenomenet for å samle mest mulig informasjon. Polit & Beck (2006) definerer eksplorerende forskning som følger; "A study that explores the dimensions of a phenomenon or that develops or refines hypotheses about relationships between phenomena"(s.500).

Følgende ulike undersøkelser skal svare på problemstillingen og ivareta kravet om mest mulig informasjon:

1. Kartlegging og beskrivelse av konteksten vekselpleie
2. Studie av skrevet tekst. Gjennomgang av data fra sykepleiejournaler i de aktuelle enheter
3. Intervju av ansatte i sykehjem og hjemmetjenester

Punkt 2 og 3 utgjør hoveddelene i undersøkelsen, mens punkt 1 gir oversikt over fenomenet vekselpleie med beskrivelser av fakta og organisatoriske forhold.

3.2 Begrunnelse for valg av kvalitativ metode.

I denne undersøkelsen anvendes kvalitativ metode der teori utvikles fra empiri. Hvilken metode som velges følger av problemstillingen. I min undersøkelse ønsker jeg å vite mer om hvordan kontinuitet og sikkerheten til vekselpasienten er ivaretatt. Det betyr at de data jeg søker etter må være beskrivende. De tre delene av metoden bygger på hverandre. "Qualitative researchers are continually examining and interpreting data and making decisions about how to proceed based on what has already been discovered", (Polit & Beck 2004, s.55). I kvantitative studier er det viktig å ha et eksakt spesifisert forskningsdesign og følge trinnene nøyaktig. I kvalitative studier derimot anvendes et design som tillater at det bygges videre på de funn som viser seg i de foregående undersøkelser. Når jeg har snakket med nøkkelpersoner i hjemmesykepleien og ved sykehjemmet vet jeg litt mer om hva jeg ønsker å se etter i journalene til vekselpasientene. Videre vil de to første delene av undersøkelsen gi hjelp til formuleringen av spørsmål i intervjuene. Selve intervjuene i kvalitativ forskning er oftest semistrukturerte (Kvale 2008). Da tillates det at jeg stopper opp og ber mine informanter "si noe mer om" eller utdype fenomener som jeg tror vil ha betydning for kontinuitet eller sikkerhet til vekselpasienten.

Thagård (2009) sier om kvalitativ forskning at den ofte sies å være induktiv. Det stemmer med at det er en antagelse om at de data jeg samler fra empirien kan akkumuleres mot ny kunnskap. Denne akkumulerte kunnskapen skal hjelpe meg å forstå mer om sikkerheten til pasienter i vekselpleie. At teori er utviklet fra empiri betyr at det er ikke filosofiske resonnementer, men virkelige erfaringer og undersøkelser som er grunnlaget for studien.

3.3 Fenomenologi og hermeneutikk

For å gjennomføre en forskningsstudie i henhold til et bestemt design og tilhørende metoder finnes også et vitenskapsteoretisk perspektiv som studien ses i lys av.

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermenutikk)(Malterud 2003, Kvale2008, Polit & Beck 2006).

Fenomenologi. Fenomenologi framstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg, det erfarte. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av subjektet (Thornquist, 2006). I intervjudelen av oppgaven er samtalene rettet mot de spørsmål og tema som er brakt på banen, og svarene beskrives slik informantene har erfart og opplevd dem. I denne studien er det først og fremst i intervjudelen at fenomenologisk vitenskapsteori kan gjenkjennes.

Hermeneutikk. Gilje og Grimen (2007) sier at hermeneutikk egner seg spesielt godt i samfunnsvitenskapen, fordi forskeren skal forholde seg til fenomener som allerede er fortolket av sosiale aktører. Det pleierne har notert i journalene til vekselpasientene er deres tolkninger av hvordan det er fatt med pasienten (med mindre det er målinger eller utsagn som er gjengitt, og selv da kan det være fortolket). Likeledes vil utsagn fra intervjudelen av oppgaven være informantenes egne tolkninger av det de er spurt om. Også forskerens fortolkninger av informantenes utsagn vil være med på å forme forståelsen. Som forsker vil jeg ha min egen forforståelse ut fra tidligere ervervede kunnskaper og erfaringer som også påvirker meningsinnholdet og former min forståelseshorisont. Når jeg foretar intervjuer, viser mine informanter meg nye sider av begrepet vekselpleie. Denne kunnskapen legger jeg til den erfaringen jeg allerede har.

3.4 Datainnsamling.

Det er viktig å foreta undersøkelser som gir relevante opplysninger om fenomenet jeg skal undersøke. Derfor vektlagt jeg flere forhold som vist under.

3.4.1 Utvalg av enheter

Ved å henvende meg til ledelsen i en kommune jeg visste hadde mange vekselpasienter, fikk jeg informasjon om hvilket av deres *sykehjem* som hadde flest vekselpasienter.

Hjemmetjenesten der undersøkelsen ble foretatt, ble valgt fordi de hadde flest pasienter som vekslet med "vårt sykehjem". Det viste seg imidlertid at sykehjemmet hadde flere distrikter de mottok vekselpasienter fra. Disse "andre" distriktene fikk orientering om undersøkelsen.

Innpass til forskningsfeltet. Det var viktig at jeg fikk tillatelse til undersøkelser både i hjemmesykepleien og på sykehjem for å samle relevant informasjon. Jeg fikk innpass etter første henvendelse begge steder (Vedlegg 3). Derfor kunne jeg gå i gang med undersøkelsen så fort de formelle tillatelser var i orden fra NSD. (Vedlegg 11). Virksomhetslederne mottok også en formell søknad om tilgang til forskningsfeltet og skriftlig orientering om studien fra UiS i forkant. (Vedlegg 2).

3.4.2 Konteksten vekselpleie.

For å vise hva som inngår i denne undersøkelsen, hvem den omhandler, hvor den finner sted og hvordan den er utformet, har jeg valgt å begynne med å beskrive konteksten vekselpleie (Kapittel 4). Det har jeg gjort gjennom samtale med nøkkelinformanter og ved å lese skrevne dokumenter om enhetene. Jeg arrangerte først en times samling med tre avdelingssykepleiere på sykehjemmet, der de ga relevante opplysninger om organisasjon og drift. I hjemmesykepleien snakket jeg med sykepleier 1, (fagansvarlig) og avdelingssykepleier for å skaffe meg kunnskap og få overlevert aktuelle dokumenter. Jeg mottok tilsvarende skrevne dokumenter fra dem som ved sykehjemmet.

I samtalene i begge enhetene gikk jeg åpent ut på den måten at jeg hadde notert stikkord og ba dem fortelle. Jeg har ikke brukt lydbånd i denne delen av undersøkelsen, men notert fakta ut fra det fortalte, og gjengitt opplysninger fra dokumenter. Opplysningene er gjengitt så nøytralt og objektivt som mulig i presentasjonen av funnene. De er verifisert i etterkant. Det betyr at virksomhetslederne ved begge enhetene har lest beskrivelsen av konteksten vekselpleie.

Målet om at disse data tilstreber å være objektive har jeg vektlagt særlig i denne delen av arbeidet. På grunn av egen yrkesbakgrunn kan jeg ikke komme fra at jeg har en forforståelse av problemstillingen, og fra før har jeg mine egne tolkninger av de generelle problemer som denne delen av helsetjenesten sliter med. Malterud (2003) sier at i et forskningsprosjekt skal en ikke aktivt arbeide med å utslette seg selv, men arbeide med å kjenne sin egen rolle som forsker.

3.4.3. Sykepleiedokumentasjon.

De elektronisk dokumenterte opplysningene er hentet fra kommunen sitt system for journalføring, CosDoc. Hensikten med å studere sykepleiedelen av journalene har vært å undersøke hvordan vekselpasientenes behov for hjelp kommer til uttrykk, og om pasientenes problemer gjenkjennes i overføringsrapporter, samt å sammenligne dokumentasjonen i enhetene. Denne delen av undersøkelsen har selvsagt krevd tillatelse fra personvernombudet. (Vedlegg nr 11).

Inklusjon og eksklusjonskriterier. De som inngikk i journalstudiene i undersøkelsen, var alle de pasientene som var innvilget tjenesten vekselplass i det tidsrommet undersøkelsen pågikk på det aktuelle sykehjemmet, og som samtykket, det vil si 5 av 9 mulige pasienter. I forkant hadde aktuelle pasienter fått skriftlig informasjon om undersøkelsen, overlevert og evt. forklart av pleierne, samt skriv om samtykkeerklæring (Vedlegg 4 og 5). De pasientene som ikke ønsket å delta ble selvsagt ekskludert fra undersøkelsen.

Periode. Perioden som ble studert gjaldt tre måneder, noe som igjen betydde 2-3 "vekslinger". I praksis viste det seg at noen få av "vekslingene" utgikk.

Utskriftene fra den aktuelle delen av journalene ble foretatt av virksomhetsleder ved sykehjemmet for hele perioden, I tillegg til navn, fødselsdato og opplysninger fra sykepleiedelen i journalen fikk jeg pasientenes medisinske diagnose. Utskriftene var også forhåndsortert på hjemmesykepleie og sykehjem. Utskriftene oppbevares i privat hjem, i låsbart rom. De er kodet med nr og sykehjem/hjemme.

3.4.4 Intervju av ansatte

Utvalg. " Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp" (Malterud 2003, s. 58). I samarbeid med de ulike avdelingslederne ble vi enige om å intervju 4 sykepleiere og 1 hjelpepleier fra hver enhet. Fra del 1 og 2 i undersøkelsen skjønte jeg at legemidler og overføring av opplysninger om behandling som grunnlag for pleien ville være et sentralt tema. Derfor intervjuet jeg også sykehjemslegen på det aktuelle sykehjemmet, og en fastlege som representant for hjemmesykepleien.

Informantene var ulike i alder og erfaring. To av de tolv informantene var menn (en sykepleier og en lege), (Vedlegg. 1).

Inklusjons- og eksklusjonskriterium. Inklusjonskriteriet for pleierne var at de var ansatt på enheten, og at de hadde vært i jobb minimum et halvt år i relevant stilling, og at de selv ønsket å delta. Eksklusjonskriteriet var at informantene ikke ønsket å delta. Alle fikk skriftlig informasjon om undersøkelsen i forkant, og skrev under på at de ønsket å delta. Vedlegg 6 og 7

Intervjuene ble foretatt på de respektive arbeidssted, og hvert intervju tok gjennomsnittlig 50 minutter. Spørsmålene i intervjuene ble utformet ut fra beskrivelsen av kontekst og etter analysen av de tre første journalene. Det gjorde at jeg allerede hadde noe kunnskap om problemstillingen i forkant av intervjuene og hadde forholdsvis klart for meg hva jeg ønsket å vite mer om. Dette påvirket spørsmålene i retning av at de ble noe mer strukturerte enn først planlagt. Faren er da at svarene blir for konkrete og kan gi mindre rom for at intervjupersonen får reflektere og komme fram med undringer. Bevisstheten om at spørsmålene var forholdsvis strukturerte, gjorde at jeg var særlig oppmerksom på at intervjupersonene fikk pauser og ga rom for at de fikk komme fram med sine assosiasjoner (Kvale 2008). Ofte måtte jeg stoppe og be dem "si noe mer om", stille oppfølgingsspørsmål og be om eksempler slik at intervjuene i perioder ble mer som samtaler enn strukturert intervju. Etter som jeg fikk mer kunnskap fra informantene improviserte jeg litt angående tilleggsspørsmål. Pleierne og legene fikk noe ulike spørsmål. Se vedlegg 8 og 9

Transkribering. Intervjuene ble transkribert fortløpende. Jeg foretok transkriberingen selv, og erfarte at jeg gjorde meg tanker om uttalelser som jeg oppfattet som viktige underveis i transkriberingen. Likevel hevder Malterud (2003) at "Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer en et avgrenset bilde av det vi skal studere" (77). Utskriftene fra de transkriberte intervjuene oppbevares i privat hjem, i låsbart rom. De er kodet med nr og sykehjem/hjemme. Datafilene intervjuene er foretatt på lagres på privat, fysisk isolert pc i låsbart rom.

3.5 Kvalitativ analyse.

Polit & Beck (2004) hevder at kvalitativ forskning er reduksjonistisk av natur, fordi den innebærer at store mengder data omgjøres til mer håndterlige segmenter, mens kvalitativ *analyse* derimot er konstruktivistisk, fordi den innebærer å sette sammen biter i et meningsfullt mønster. De hevder videre at kvalitativ analyse er en induktiv prosess som innebærer å bestemme hva som blir de bærende ideer ut fra empirien (Polit & Beck 2004).

3.5.1 Ulike strategier for kvalitativ analyse.

Til analysen har jeg brukt Malterud (2003) fordi hun presenterer metoder som jeg mener er anvendbare for mitt datamateriale.

Del 2, sykepleiedokumentasjon og, del 3 intervju i undersøkelsen er analysert forskjellig når det gjelder analysestrategi og delvis forskjellig når det gjelder selve trinnene i analysen.

Den analysestrategien som anvendes i undersøkelsens andre del, journalstudier, ligner "Template analyses style". Det er etter strategi fra Miller og Crabtree (1999), gjengitt i Malterud (2003) og i Polit & Beck (2006). Template analysis style er en analysestrategi som befinner seg i den teoristyrte enden av en skala mellom datastyrt og teoristyrte analyse (Polit & Beck 2004). I den datastyrte enden er analysestrategien preget av en intuitiv, subjektiv og fortolkende tilnærming til dataene, "Immersion/Crystallization style". Midt på skalaen er "Editing analysis style". Denne har likhetstrekk med systematisk tekstkondensering slik Malterud (2003) beskriver den. Systematisk tekstkondensering vil bli benyttet i tredje del av analysen, i intervjudelen. I analysen av journalene er det leddene i sykepleieprosessen og de ulike funksjonsområder som danner malene (template) for plassering av tekst.

3.5.2 Analyse av pasientjournaler.

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. Jeg tok for meg hver av de 10 pleieplanene (5 hjemme og 5 på sykehjem) og foretok

følgende analyse i tre trinn:

1. Jeg dannet meg et helhetsinntrykk
2. Identifiserte meningsbærende enheter

Her betydde det å *kode* teksten slik at den passet inn i malene, dvs. funksjonsområdene i CosDoc som vist i hjelpeskjema 2 og leddene sykepleieprosessen slik de framgår i CosDoc og som også er vist i hjelpeskjema 2.

3. Plasserte de meningsbærende enhetene i de aktuelle malene i CosDoc.

På en måte tilbakeførte jeg rapportene, kodet de med tall og satte disse tallene i parentes for å skille analyserte utsagn fra opprinnelige utsagn. Noen få utsagn var plassert i malene direkte av pleierne. De framgår som utsagn i rubrikkene uten parentes. For pasient nummer 4 så en ferdig analysert pleieplan slik ut etter rapport fra sykehjem i den aktuelle perioden:

PASIENT NUMMER 4 – SYKEHJEM

Pleieplan slik den skjematisk framstår for pasient nummer 4 på sykehjem.

Tallene viser hvor mange utsagn det er om pasienten på hvert funksjonsområde/ledd i sykepleieprosessen.

Tallene i parentes indikerer hvordan utsagnene fra rapportene ville vært dersom de hadde vært operasjonalisert og plassert i kategoriene fra sykepleieprosessen.

Eksempel på funksjonsområde: Fysisk aktivitet/søvn og hvile har 2 utsagn under rapport, innholdet er som følger:

Utsagn 1 under rapport: "Sovet dårlig". = et tall (1) som er satt i parentes under problem/behov

Utsagn 2 under rapport: "Sovet dårlig, observere om pasienten sover på dagtid" = et problem (1) og et tiltak (1) som er satt i parentes henholdsvis under problem/behov og tiltak.

Funksjonsområde	Behov/ proble m	må l	tilta k	Evalueringer av tiltakene/rappor t	Rapporte r
Respirasjon					
Sirkulasjon/Kroppstemperat ur	(1)				1
Eliminasjon/ernæring/væske	(2)				2
Hygiene hud					
Smerte/ubehag					
Fysisk aktivitet/søvn og hvile	(2)		(1)		2
Bevissthet/sanser					
Psykisk/mental tilstand	(1)		(1)		1
Livssyn/verdier/åndelige behov					
Sosiale forhold					
Medisinsk egenomsorg					
Samarbeid med pårørende					
Allmenntilstand					6
Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse					

Hjelpeskjema 3.1 Sykepleiedokumentasjon

Etter å ha analysert hver pleieplan/rapport ga jeg en sammenfatning av hva som var rapportert og hvor mange overføringer der var i perioden, og ga min tolkning av hvordan disse overføringene framsto. De enkelte pleieplaner ble også sortert etter hjemme/sykehjem og for hver pasient foretok jeg en sammenligning av det som var rapportert mellom enhetene. Funnene fra denne analysen presenteres i kapittel 5.

3.5.3 Analyse av intervjuer

I problemstillingen og forskningsspørsmålene i studien min inngår spørsmål av typen hvordan og hvorfor, og disse krever et beskrivende svar. Samtidig har jeg mye informasjon fra mine informanter som krever analyse og tolkning. Til dette arbeidet

finnes ingen entydig metode (Kvale, 2008). Analysemetoden jeg har kommet fram til, systematisk tekstkondensering, er inspirert av Girogis (1985) fenomenologiske analyse, modifisert slik Malterud (2003) beskriver den. Malterud (2003) sier videre at "metoden er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter". Selve analysetrinnene er inspirert av systematisk tekstkondensering.

Malterud (2003) basert på Giorgi (1985) anbefaler at analyseprosedyren gjennomføres i 4 trinn, der hovedstrukturen er som følger:

1. å danne seg et helhetsinntrykk
2. å identifisere meningsbærende enheter
3. å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter
4. å sammenfatte betydningen av dette

Før jeg startet med de 4 beskrevne trinnene (Malterud 2003) foretok jeg en rask gjennomlesning og lagde meg et hjelpeskjema over funnene slik de framsto før analysen. Dette hjelpeskjema lagde jeg for å sortere hovedfunnene og hvem som hadde uttalt dem. Det gjorde jeg ved hjelp av rader slik jeg har framstilt under. Nummerene i radene refererer til nummer på informanter.

De kommer seg i løpet av oppholdet på sykehjem, og det er forutsigbar avlastning for pårørende 1,2,6,9,12
Vekslopphold egner seg ikke for demente 2,3,4,5,6,8,9,12
Ordningen med multidosemedisiner kompliserer overføringene 5,6,9,10,11,12
Det fungerer veldig greit med multidose, hvis bare alle fulgte systemet 1,2,3,4,7,8
Osv.

Hjelpeskjema 3.2a: Foreløpige funn

Trinnene i analysen.

1. Jeg fortok nå grundigere gjennomlesning av materialet, og kom først fram til 7 relevante meningsbærende enheter. Disse var:

- helsemessig påvirkning av vekselpleie for pasientene
- pårørendes rolle og bidrag for utøvelse av vekselpleie
- betydningen av organisatoriske forhold for utøvelse av pleie til vekselpasienter
- manglende samsvar mellom faktisk pleie og dokumentert pleie
- kontinuitet
- overføringer
- risiko

2. Kodingen foretok jeg i to operasjoner.

Jeg leste gjennom materialet på nytt og plasserte etter hvert ulike nødvendige subtema i en kolonne på et nytt hjelpeskjema. : (X= informant, tallet bak = sidetall i transkribert materiale).

Tema	Subtema	Hjemme						Sykehjem					
		1	2	3	4	7	8	5	6	9	10	11	12
Helsemessig påvirkning av vekselpleie	Ikke egnet for demente	X2	X1	X1					X	X2			X1
	De fleste kommer seg mens de er inne	X4		X2							X2	X1	X3
	Bor lengre hjemme	X3	X1		X1	X2		X1					
	Osv.												

Hjelpeskjema 3.2 b. Matrise for organisering av materialet

Andre del var at materialet ble lest igjennom setning for setning, enda en gang og alle relevante uttalelser for hovedtemaene ble fargekodet.

3. Nå ble intervjuene praktisk talt lest på tvers, der hvert farget tema ble gjennomlest og sammenfattet og kondensert under det jeg har kalt essensen av subtema. Se vedlegg nr 10 hjelpeskjema 3.3. Denne teksten, fra tredje kolonne, representerer i grove trekk funnene i undersøkelsen. Disse funnene skal settes sammen i *trinn 4*. Malterud (2003) kaller trinn 4 å rekontekstualisere, sette sammen bitene igjen.

Før jeg begynte på dette arbeidet leste jeg gjennom teksten i hjelpeskjema 3, (essens av subtema), og validerte den opp mot hjelpeskjema 2a, der jeg hadde nedtegnet mine umiddelbare inntrykk fra undersøkelsen.

Funnene, slik de framstår etter rekontekstualiseringen, blir presentert i 4 overskrifter og er sammendrag av de 7 temaene jeg fant fram til i trinn 1.

1. Betydningen av vekselpleie for pasienter og pårørende
2. Organisering av tjenestene rundt vekselpasienter
3. Overføringer
4. Risiko

Disse funnene blir presentert i kapittel 6.

3.6 Krav til forskning.

Funnene i studien skal være *valide* og *relevante*. I denne studien vises dette for eksempel gjennom uttaleser fra nøkkelpersonell om hvordan legemiddelopplysninger overføres og at disse forhold evt. utløser risiko og kontinuitetsbrudd i pleien til vekselpasienter.

Da har jeg skaffet gyldige funn om forhold som angår problemstillingen.

Funnene skal og være framkommet på en måte som viser at de er til å stole på, *reliabilitet*. Det er vist ved at resultatene fra del 1 av undersøkelsen er verifisert av virksomhetslederne, og ved at metoden er beskrevet nøyte så undersøkelsen kan etterprøves. Metoden skal også avspeile *refleksivitet*. Det betyr at jeg må være meg bevisst min forskerrolle og ikke falle for fristelsen til å diskutere de mange funn i undersøkelsen med informantene i lys egne tidligere erfaringer, men heller reflektere over hva ulike funn og uttalelser betyr for mine forskningsspørsmål.

3.7 Metodiske og etiske overveielser.

Metodisk overveielse. En annen studie som har foretatt analyse av sykepleiedokumentasjon er Lyngstad (2002). Hun har gjennomført kvantitativ innholdsanalyse basert på journalgranskningsinstrument (Lyngstad 2002). I denne studien er ikke hensikten å forske på selve dokumentasjonen, slik Lyngstad (2002) har gjort, men å finne ut hvordan sikkerheten til vekselpasienter ivaretas. Jeg kom fram til at kvalitativ metode egnest seg best for denne delen av undersøkelsen også. Jeg fikk tilgang til et lite antall journaler, og disse inneholdt svært lite sykepleiedokumentasjon, slik at på generelt grunnlag vet jeg fortsatt ikke så mye om hvordan vekselpasienter har det, sett fra journalene. Men de har vært med å utfylle et bilde av hvor vanskelig det oppleves å dokumentere behov for pleie og hva følgene av det er for vekselpasienter. Jeg overveide også om brukerne skulle inngå som en del av undersøkelsen i form av intervjuer eller spørreskjema. Jeg kom fort til at omfanget ville bli for stort i forhold til gitte rammer.

Etiske overveielser. Hensynet til pasientens anonymitet og integritet er det viktigste etiske aspektet i denne studien. Anonymiteten har jeg gjort rede for under 3.4.1 og 3.4.3. Som det framkommer ellers i studien, har noen av pasientene nedsatt innsikt i sin egen situasjon, relatert til varierende grad av demens, og muligens også pga. psykisk sykdom. Ingen av pasientene var regnet som ikke samtykkekompetente. Det betyr at de bestemmer selv om de vil delta i undersøkelsen, hvilket de også har gjort. Hvem som kan regnes som samtykkekompetent og hvordan manglende samtykke kommer til uttrykk finnes det ikke et enkelt svar på. Det er dette spørsmålet som har fått meg til å overveie følgende dilemma:

Dilemmaet er om de pasientene som ville delta virkelig skjønnte informasjonsskrivet, selv etter muntlig tilleggsforklaring, og om deres psykiske integritet dermed var respektert. Det er og mulig at de som ikke ville delta hadde villet delta før de ble mentalt redusert og at noen av de som deltok kanskje ikke hadde villet det når de var friske. Noe av prosjektets hensikt var nettopp å undersøke om sikkerheten til denne gruppen som har demens eller andre som har vanskelig for å formulere sine behov er ivaretatt. På denne bakgrunn mener jeg det kan argumenteres for at et generelt fritak fra

taushetsplikten kan være et bedre alternativ enn samtykkeerklæring i den typen undersøkelser der pasienter med vekslende grad av samtykkekompetanse inngår. Siden jeg hadde en forestilling om dette problemet fra før (fra en annen kommune), ba jeg NSD vurdere om fritak fra taushetsplikten ville være et bedre alternativ. Etter dialog henholdsvis med og mellom NSD og REK skriver NSD i tilråningsbrevet ; " finner vi at samfunnets interesse i at opplysningene behandles overstiger ulempene for den enkelte" (Personvernombudet for forskning, 26.11. 2009).

En annen overveielse har vært at journalfunnene i denne undersøkelsen kan framstå som om ansatte på disse arbeidsplassene utøver dårlig kvalitet i arbeidet sitt. Kvaliteten de ansatte utøver i journalføring gir ikke grunnlag for å skalere enhetene som er undersøkt som bedre eller verre enn andre enheter med tilsvarende oppgaver. Overveielser gjelder hvor vidt informantene, som på alle måter har lagt til rette for gjennomføringen av undersøkelsen, kan oppleve seg satt i et uheldig lys. Som vedleggene viser er integritet og anonymitet ivaretatt så langt som mulig,

4. Konteksten vekselpleie

I den første delen av kapitlet presenteres ytre rammer vekselpleie forekommer i, som lovverk og forskrifter. Deretter presenteres bakgrunnskunnskap om virksomhetene ved sykehjemmet og hjemmesykepleien. Dette inkluderer organisering av tjenesten, beskrivelser av stillingskategorier og stillingsstørrelser, turnus, rapportsystem, organisering av forløpet av vekselpleie, legemiddelhåndtering, transport og avvikshåndtering. Til sammen danner disse forhold konteksten vekselpleie. Thornquist (2009) sier at det kan være nyttig å tenke på kontekst i to plan, den umiddelbare situasjonen, og den mer overgripende sosiale og kulturelle konteksten. I dette kapitlet er det den umiddelbare situasjonen i våre undersøkelsesenheter som er beskrevet.

4.1 Ytre rammer.

Noen sentrale lovverk og forskrifter som danner rammene for vekselpleie er:

- Kommunehelseloven (1982)
- Pasientrettighetsloven (1999)
- Helsepersonelloven (1999)
- Forskrift om legemiddelforsyning i kommunehelsetjenesten (1987)
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000)
- Forskrift om kvalitet for pleie og omsorgstjenester (2003)

Lovkrav og forskrifter som disse gir pasienter rettigheter, og stiller krav og gir føringer til ansatte om hvordan tjenestene skal utformes. Samtidig skal ansatte og deres ledere holde seg innenfor tjenestestedets økonomi, tilgjengelige ressurser og kommunens organisering av helsetjenestene.

Organisering av tjenesten. I denne kommunen er helsetjenestene organisert etter bestiller- utførermodell. Det betyr at bestillerkontoret i den aktuelle bydelen bestiller tjenester til pasientene fra sykepleietjenesten. Bestillerne er administrativt ansatte i kommunen som har som hovedoppgave å styre tjenesteproduksjonen, mens utførerne er fagfolkene innen samme form for tjenesteproduksjon og som har til oppgave å utføre de folkevalgte pålegg (NOU, 1997, nr.17).

En koordinator for bestillerkontoret foretar hjemmebesøk og tildeler deretter tjenesten hjemmesykepleie, eller plass på sykehjemmet (også her med en viss grad av tildelte pleietimer per døgn). Koordinator på bestillerkontoret vurderer pasientens behov og sørger for formelle vedtak om sykehjemsplass eller hjemmesykepleie, eller begge deler. På arbeidslistene til hjemmesykepleieren står det beskrevet hva oppdraget går ut på, hvor lang tid det skal ta, og hvor ofte pasienten skal få besøk. I hjemmetjenesten dokumenteres brukt tid daglig, og når det er avvik sendes endringsmeldinger til bestillerkontoret. Tjenestestedene tildeles bemanning etter arbeidsmengde. Det betyr at tjenestestedene har inntekter ut fra hvor mye oppdrag de har.

Til sammenligning har nabokommunene til vår kommune ikke bestiller/utførermodell. De har organisert tjenestene i soner der mengden oppdrag fordeles uten tidsangivelse på arbeidslistene. Sonene foretar selv førstegangsbesøk etter mottatt søknad. Hvor mye tid sykepleieren bruker hos den enkelte pasient avhenger i større grad av sykepleierens faglige skjønn innen budsjетtrammene.

4.2 Presentasjon av tjenestestedene

Sykehjemmet i vår undersøkelse har 61 beboere fordelt på fire avdelinger. (desember 2009). Tre av avdelingene er forbeholdt korttidsplasser. Første etasje er en korttidsavdeling med 14 senger, hvorav 1 plass øremerket for vekselpleie. Andre etasje er en korttidsavdeling med 17 senger, hvorav 3 plasser er øremerket vekselpleie. Tredje etasje er en korttidsavdeling med 16 senger, hvorav 1 plass for vekselpleie. En vekselseng deles av to eller tre vekselpasienter eller av en vekselpasient og ulike pasienter på korttidsopphold. I praksis betyr det at hver vekselpasient bor tre uker på sykehjem og tre eller seks uker hjemme. På undersøkelsestidspunktet hadde sykehjemmet 9 pasienter som hadde fått innvilget vekselopphold.

Dersom sykehjemmet hadde belagt de avsatte vekselplassene med vekselpasienter til enhver tid slik intensjonen var, ville det vært ca 15 pasienter som hadde fått tildelt vekselplass på vårt sykehjem og som alternerte om disse. Avdelingslederne forklarer imidlertid at presset på ordinære korttidsplasser er så stort at selv om det oppgis at det er ventetid på å få tildelt vekselplass, er behovet for ordinær korttidsplass for tiden større. Når vekselsenger av ulike grunner står ledig, blir disse plassene derfor "midlertidig belagt" med pasienter på ordinært korttidsopphold, uten at det er gjort

formelle vedtak om å redusere antall vekselplasser.

Ansatte på sykehjemmet. De tre avdelingene på sykehjemmet, her kalt avdeling A, B og C, har knyttet til seg følgende årsverk:

Stillingskategori:	A	B	C
Sykepleier (inkludert avd.spl)	5,67 årsverk	4,20 årsverk	4.35 årsverk
Hjelpepleier/omsorgsarbeider	6,972 årsverk	6,536 årsverk	6.752
Pleieassistent	0,97 årsverk	1,29 årsverk	0,66
Totalt antall pleiepersonell	27 personer	29 personer	19 personer

Tabell 4.1 Stillingsoversikt sykehjem

Hver avdeling har også 2 eller 3 servicemedarbeidere i 50% stilling. Disse er ikke knyttet til pleien, men deltar i matserving.

Virksomhetsleder, lege, sekretær og 4 sykepleiere i nattevaktstillinger (a`50%) deles mellom tre avdelinger, og disse kommer i tillegg til øvrig bemanning

Knapt 20% av de ansatte har full stilling. Ca halvdelen jobber i halve stillinger, hvorav 12 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som nattevakt. Resten av sykepleierne og hjelpepleierne har 75, 80 eller 100% stillinger.

Ca 25% av de ansatte jobber 20% eller mindre. Dette er hovedsaklig pleieassistenter eller studenter innen helsefag som er ansatt i helgestillinger.

I tillegg til de fast ansatte er det mye innleid hjelp i ferier og tilfeldig innleie for å dekke sykefravær eller vakante stillinger. For eksp. oppgir avdeling B på sykehjemmet at de leier inn mellom 12 og 30 enkeltvakter hver måned. Disse vaktene dekkes opp av 6 – 10 ulike personer.

De 9 vekselpasientene på vårt sykehjem er hjemmehørende i 7 ulike distrikt.

Hjemmesykepleien er inndelt etter geografi. Avdelingen som beskrives her er en av to enheter i en navngitt bydel. Bydelen har ca 350 pasienter som mottar hjemmesykepleie. Avdelingen som er beskrevet har 170 av disse, og for tiden bare en vekselpasient ved vårt sykehjem, men de har flere vekselpasienter som veksler ved andre av byens sykehjem. Vår beskrevne avdeling i hjemmesykepleien har 25,1 årsverk fordelt på 40 personer.

Stillingskategori	Årsverk
Sykepleier, 13	10,6738
Hjelpepleier/omsorgsarbeider, 12	11,1854
Helsefagstudenter/annet, 12	3,266
Totalt antall : 40	25,1

Figur 4.2 Stillingsoversikt hjemmesykepleien

Av disse 40 arbeider 35% i full stilling, og 25% av de ansatte er ufaglærte eller studenter som jobber i forbindelse med helg. "Nattpatruljen" dekker begge avdelingene i bydelen og kommer i tillegg til nevnte årsverk.

Riksrevisjonens administrative rapport nr.1 (2009) har pekt på det høye antall deltidsstillinger i pleie og omsorgssektoren i kommunene. Deres undersøkelse bygger på dypdykk i 7 utvalgte kommuner i Norge. De finner at bare 11% har avtalt arbeidstid mellom 37 og 39 timers uke. Dette er enda mindre enn i sykehjemmet og i hjemmesykepleien fra denne beskrivelsen. Spriket kan være tilfeldig. En annen mulig forklaring er at normal arbeidstid for turnusarbeidere i full stilling er 35 timer pr uke, og at Riksrevisjonen ikke har tatt høyde for det når de tenker fulle stillinger. Det er likevel ikke tvil om at høy andel av deltidsansatte i pleie og omsorgssektoren bekreftes i denne undersøkelsen.

Turnus: På sykehjemmet har avdelingene faste nattevakter, ellers jobber alle ansatte i pleien todelt skift og alle ukens dager. Turnus rullerer over seks uker. Vaktene er fordelt slik at pasientene sannsynligvis vil møte de fleste ansatte på sin avdeling i løpet av en periode på tre uker. I samtale med avdelingssykepleierne oppgis det at selv om det

tilstrebes primærsykepleie, er det mange ulike personer å forholde seg til for pasientene. På sykehjemmet betyr primærsykepleie at det er en sykepleier som har hovedansvar for hver pasient. En sykepleier i 75 % stilling vil for eksempel være på ordinær dagvakt 12 av 42 dager i løpet av en turnusperiode. (Resten av vaktene vil hun være på helg og kveldsvakt. Disse vaktene kjennetegnes med færre ansatte på vakt og flere og mer spredte oppgaver for sykepleieren).

Hjemmesykepleien har også todelt turnus som rullerer over 6 uker.

Hvem pasientene møter, er styrt av ferdig oppsatte lister. Når listene lages tas det hensyn til geografi, tilgang til bil og om den ansatte har førerkort, type arbeidsoppgave, kjønn (det oppgis at noen brukere vegrer seg for å ta i mot hjelp av menn), om brukeren trenger hjelp av to personer, relasjonelle forhold og personlig egnethet, samt sikkerhet for den ansatte. Derfor vil noen pasienter bli besøkt av utvalgte ansatte, mens andre rullerer i langt større grad på hvem de mottar hjelp fra.

Hjemmesykepleien er også sårbar for fravær, og bruker vikarer ved ferieavvikling og sykdom og ubesatte stillinger. Det er liten anledning til å ha ubesatte vakter. I en måned (november 2010) oppgis det at dekkes opp for ca 30 enkeltvakter .

Rapportene mellom skiftene på sykehjemmet er hovedsakelig muntlige. Nattevakten tar ut rapport fra CosDoc (det elektroniske pasientjournalssystemet) fra kvelden før til de som kommer på dagvakt. Disse leses høyt, og suppleres evt. med muntlige opplysninger. De øvrige rapportene ved vaktskifter er muntlige. Den pasientansvarlige på hvert skift nedtegner opplysninger om sin pasient i CosDoc.

Ellers beskrives morgenene som den tid på døgnet der det er flest samtidige oppgaver slik som morgenstell, hjelp til forflytting, hjelp til å spise, hjelp til å få i seg medisiner og annet. Derfor er det ca kl 10.00 en samling, der dagens arbeid oppsummeres og koordineres videre. Blant annet blir det da bestemt hvem som skal ta imot nye pasienter, og hvem som skal hjelpe dem som reiser. Sykehjemmet har skriftlige prosedyrer for mottak og utreise av pasienter.

I hjemmesykepleien er rapportene mellom skiftene muntlige. Det betyr at siste døgn

hendelser for alle pasienter leses høyt i plenum før vaktens begynnelse. Sykepleieren som har vært hos pasienten dokumenterer opplysninger i CosDoc. ved vaktens slutt og overflyttingsnotater ved utreise til sykehjemmet.

Nattpatruljen er organisert sentralt og deler ikke arbeidssted med vår undersøkelsesenhet. De har sitt eget område i CosDoc.

I tillegg benytter hjemmesykepleien seg av "den svarte boka". Den er en beskjedbok og denne oppgis til å være sentral og fungerer som huskeliste og kommunikasjonsmiddel. Beskjeder til nattevaktene kommuniseres på e – post.

Eksempler på hva som star i beskjedboka kan være:

- *X skal ha hjelp kl 19 i stedet for kl 20 i dag.*
- *Y går inn på vekselopphold i dag, obs overfør rapport til sykehjemmet*
- *Z har medisinendringer, se ordinasjonskort*

Det oppgis at det noen ganger kan være sammenblanding mellom det som står i beskjedboka og det som burde vært ført i pasientjournalen eller omvendt.

En annen, mer uformell, kommunikasjonsform mellom de to enhetene består i telefonkontakt. Eksemplet som ble fortalt gjaldt rusproblematikk. Min informant sier at hvis for eksempel en pasient har en narkoman sønn, eller personalet har mistanke om slike forhold, så er det ikke ønskelig å journalføre forholdet. Dette for å beskytte pasienten, eller på grunn av manglende bevis. På den annen side er det også viktig å være oppmerksom på slike forhold på grunn av sikkerheten til pasient og ansatt. Dilemmaet "løses" ved muntlig beskjed.

Presentasjon av dokumentasjonssystemet

Systemet gir plass til følgende opplysninger om pasienten i journalen:

- Hovedkort/pasientopplysninger
- Legeopplysninger
- Ordinasjonskort for medisiner
- Kurve, til føring av observasjoner, vekt, blodtrykk osv

- Blodprøvesvar
- Kartleggingsverktøy , Iplos, for beregning av hjelpebehov (score)
- Kartleggingsskjema for grad av ivaretagelse av grunnleggende behov etter kvalitetsforskriften (score)
- Sykepleiedelen av CosDoc:

I sykepleiedelen er overskriftene fra den problemløsende metode anvendt, og problemområdene er gitt følgende forhåndskategoriserte funksjonsområder (normerte):

Behov/problem	mål	tiltak	Evalueringer av tiltakene/rapport
Respirasjon			
Sirkulasjon/Kroppstemperatur			
Eliminasjon/ernæring/væske			
Hygiene hud			
Smerte/ubehag			
Fysisk aktivitet/søvn og hvile			
Bevissthet/sanser			

Psykisk/mental tilstand			
Livssyn/verdier/åndelige behov			
Sosiale forhold			
Medisinsk egenomsorg			
Samarbeid med pårørende			
Allmenntilstand			
Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse			

Tabell 4.3 Funksjonsområder i CosDoc.

I tillegg til problem/mål/tiltak og evaluering inneholder sykepleiedelen av journalen i dette systemet områder kalt daglig rapport, og et som kalles sykepleierapport/notat. I praksis er det disse to siste områdene som anvendes mest for å dokumentere sykepleien.

Forløpet av vekselpleie. Tiden den enkelte vekselpasient bor på sykehjem er vanligvis 3 uker. Deretter bor han i eget hjem i tre eller 6 uker. En turnusperiode er på seks uker, hvert døgn er delt i tre skift Det betyr at over en periode på 9 uker vil vekselpasienten ha møtt de fleste ansatte. Sykehjemsavdelingene bruker primærsykepleie. Mange hjelpepleiere har samme rolle som primærsykepleier og kaller seg primærkontakt. Om primærsykepleie sier Liv Berit Carlsen (1982) i Alvsvåg (1997):

Primærsykepleie er en organisering av sykepleietjenesten på postplan hvor hver enkelt sykepleier har hovedansvaret for sykepleien til et begrenset antall pasienter, f. eks. 4-6 pasienter fra innkomst til utskrivning. Med primærsykepleie menes at hver pasient har sin faste sykepleier under hele sykehusoppholdet, som både planlegger og gjennomfører sykepleien. Hun planlegger også utskrivning og ev. overflytting. (Carlsen 1982 s. 7 – 8)

Selv om sykehjemmet har primærsykepleie er det sannsynlig at en pasient i løpet av et døgn vil møte 6 til 7 ansatte som er medansvarlige det døgnet, i løpet av en seksukers periode vil pasienten ha møtt og forholdt seg til ca 20 - 25 ansatte. I en periode på tre eller seks uker hjemme møter han svært mange av ansatte i hjemmetjenesten , her inntil 40 personer, samt ekstravakter. Men også i hjemmesykepleien tilstreber de at få personer har *hovedansvar* for hver pasient, som oftest to personer. Hjemmetjenesten har innført begrepet pleiepar som de kaller primærkontakter, det vil ofte si en sykepleier og en hjelpepleier/omsorgsarbeider.

Legemiddelhåndtering: Det finnes ulike løsninger å forholde seg til angående legemidler for pleiepersonell og pasienter i begge enheter.

1. Pasient eller pårørende har selv ansvar for legemidler i den perioden de er hjemme. På sykehjemmet får pasienten utdelt faste medisiner av sykepleier eller hjelpepleier/omsorgsarbeider med spesiell autorisasjon for å dele ut legemidler. (Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, 1988)

Til det brukes system med ukedosett:

ukedag	mandag	tirsdag	onsdag	torsdag	fredag	lørdag	søndag
klokkeslett							
Kl 09							
Kl 13							
Kl 17							
Kl 21							

Tabell 4.4 Ukedosett

2. Hjemmesykepleien har fått overført ansvar for legemiddelhåndtering til pasienten gjennom fastlegen. Hjemmesykepleien mottar deretter rull med multidoser fra apotek for 14 dager om gangen. Det betyr ferdige porsjoner med medisiner i forseglede poser. Der finnes egne regler ved endringer. Rullen oppbevares noen ganger i hjemmetjenestens lokale, (og aktuell dose tas med til hvert besøk). Oftest oppbevares rullen hjemme hos pasienten. Når pasienten reiser på sykehjem leverer hjemmesykepleien ofte resten av multidoserullen til sykehjemmet. På sykehjemmet bruker de opp dosen, og gir tilsvarende mengde medisiner tilbake til hjemmetjenesten når pasienten reiser hjem. Noen sykehjem bruker ikke multidose, men går over til å bruke dosett uavhengig av hvordan håndtering av legemidler foregår i hjemmet.
3. Før multidose ble tatt i bruk, tok hjemmesykepleien ansvar for resepter og medisiner, oppbevarte disse i sitt lokale, og la medisinene i egen ukedosett. Pasientene fikk sine medisiner av autorisert sykehjemspersonell i den tiden han var på sykehjemmet som beskrevet ovenfor. Det er litt uklart om denne ordningen er i bruk ennå. Ikke alle legemidler lar seg pakke i multidose. Disse kommer i tillegg.

I følge informantene er det alternativ 2 som er vanligst i vekselpleie.

Dersom det gjøres endringer i medisinene for en pasient i tiden han er inne på sykehjemmet er det tilsynslegen ved sykehjemmet eller legevakt som forordner endringen. I følge forskriften for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 2-1 skal disse ha organisert legetjeneste i den perioden de er på sykehjem. "Ved utskriving fra institusjon overtas ansvaret igjen av fastlegen". (Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2009).

Epikrisen, sammendraget av pasients legeopplysninger, sendes i papirutgave mellom legene.

Transport. Vekselpasientene ankommer sykehjemmet i drosje ca kl 13, ofte i følge med pårørende, og tas i mot av primærsykepleier eller annen helsefaglig ansatt som er delegert den oppgaven den dagen. Foruten private effekter har pasientene med seg eller

får levert av hjemmesykepleien ukedosett med medisiner eller strimler med engangsdoser (multidose), som dekker noe av tiden pasienten er inne.

De pasientene som reiser fra sykehjemmet, reiser som oftest hjem med drosje alene, eller sammen med pårørende, evt. i privat bil, og får med seg tilsvarende mengde medisiner som når han kom. Ved utreise er det også oftest pårørende som tar i mot pasienten hjemme. I særlige tilfeller tar hjemmesykepleien seg av oppgaven med å hente og følge. Det skal foreligge utskrivingsrapport fra den enheten pasienten reiser fra ved hver overflytting.

Avvik. Begge enheter har system og rutiner for avvikshåndtering. Uønskede hendelser innen tjenestetilbudet registreres, følges opp med tiltak og gjennomgås henholdsvis månedlig/ hver tredje måned. Kvalitetsansvarlig (virksomhetsleder) samler avvikene og virksomhetsleder vurderer videre hvilke avvik hun vil melde til kommunens kvalitetsutvalg på øverste nivå (nivå 1). I hjemmesykepleien gjelder avvikene beskrevet i tabellen nedenfor for 3 måneder høsten 2009 og gjelder for de ca 350 pasienter.

Legemiddelhåndtering	38
Fall	28
Rutinesvikt (svikt i forbindelse med besøk/tilsyn)	17
Svikt/mangler ved utstyr	2

Tabell 4.5 Oversikt over rapporterte avvik i 3 måneder høsten 2009 i hjemmesykepleien

Enhet B på sykehjemmet (17 pasienter) fra og med august 2009 til og med januar 2010

Legemiddelhåndtering	5 - ingen konsekvenser for pasienten
Fall	18 – konsekvenser 2 hudavskrapninger, et kutt og en kul.
Roping/utagering	1 – Konsekvens. Måtte skjerme medbeboer og bytte rom

Tabell 4.6 Oversikt over rapporterte avvik i 6 måneder 2009/2010 på sykehjem

Til sammen viser denne oversikten at konteksten vekselpleie innehar en kompleks og sammensatt struktur med mange ulike overganger og det er store utfordringer for å opprettholde en rød tråd i pleien.

5. 0 Resultater fra journalgjennomgang

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysen av de data som har vært beskrevet i sykepleiedelen til de 5 vekselpasientene som inngår i denne studien.

Allerede før analysen startet var det tydelig at dokumentasjonen som framkom var sparsom og inneholdt mangler i forhold til journalforskriften (Forskrift om pasientjournal, 2000). Det stemmer med andre studier og undersøkelser om sykepleiedokumentasjon. (Lyngstad 2002, Moen & Obstfelder, 2006, Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2009). Resultatene etter analysen ga likevel et mer nyansert bilde av dokumentasjonen, om hva som er dokumentert og hva som ikke er dokumentert, og om likheter og forskjeller i dokumentasjon i de to enhetene.

Forhistorien (anamnesen) og datasamling av pasientens behov for sykepleie kommer ikke fram i den delen av sykepleiejournalen som er undersøkt. Det betyr at jeg ikke har kjennskap til bestillingen av tjenestene. Det kan derfor være at når det er særlig knapt dokumentert, for eksempel i hjemmesykepleien, er bestillingen på pleie også sparsom, kanskje fordi pasienten ønsker det slik.

Det som presenteres er :

- Oppsummering av det som er dokumentert om hver enkelt vekselpasient
- hvor mange overføringer det har vært i perioden, og om det har fulgt med overføringsrapporter.
- innhold i overføringsrapportene, og grad av samsvar mellom fortløpende dokumentasjon og overførings/sammendragsrapportene innen enhetene
- grad av samsvar i det som er dokumentert mellom de to enhetene.

5.1 Resultat av analysert sykepleiedokumentasjon.

Resultatene presenteres først for hver pasient. Deretter påpekes hva som er dokumentert og hva som ikke er dokumentert samlet sett.

Pasient nummer 4, sykehjem:

Sparsomt rapportert, vanskelig å få tak i hva som er pasientens egentlige hjelpebehov.

Noe rapport om trivsel/og dagsform, gjengivelse av resultater av blodprøver

Antall overføringer i perioden:2

Antall overføringsrapporter i perioden:2

Sammendrag om pasientens tilstand i overføringsrapportene: Litt om pasientens *nåværende* tilstand i begge rapporter og når vedkommende reiste og hvem som hentet.

Pasient nummer 4, hjemme:

Mange problemområder er berørt, det er satt opp mål og tiltak for disse, men kun ett tiltak er evaluert en gang, det betyr at det er vanskelig å vite om tiltakene har effekt. Det meste er skrevet en og samme dato, slik at oppfølgingen mangler.

Antall overføringer. 2

Antall overføringsrapporter:0

Grad av samsvar mellom enhetene for pasient nummer 4: Problemene rundt et sår og sårstell (funksjonsområde sirkulasjon) er berørt begge steder, og samsvarer. Ellers har enhetene ulike problemstillinger for denne pasienten.

Pasient nummer 5, sykehjem:

Fyldigere rapport som ga innsikt i pasientens problemområder, og til dels store hjelpebehov. All pleien er skrevet under rubrikken daglig rapport, der behov og tiltak beskrives, men det er ingen mål og tiltakene er ikke så ofte evaluert.

Antall overføringer i perioden: 1 (Oppholdet som skulle vært i julen sa pasienten fra seg)

Antall overføringsrapporter i perioden: 1

Sammendrag om pasientens tilstand i overføringsrapporten: Fyldig sammendragsrapport, med gjengivelse av pasientens problemområder og hvilke tiltak som har vært iverksatt på sykehjemmet.

Pasient nummer 5, hjemme

Forholdsvis rikt rapportert hjemme også angående denne pasienten. Det er bare rapportert daglige rapporter fortløpende, det er ikke identifisert problemområder, satt opp mål eller tiltak for pleien.

Antall overføringer: 1 (Pasienten sa fra seg et opphold)

Antall overføringsrapporter: 0

Grad av samsvar i rapportene: Det er stort sett de samme problemområdene som er rapportert i begge enhetene. Det som går igjen er gjentatte beskrivelser av et problem . For eksempel, stiv og tung i kroppen, evt. beskrevet tiltak som at hun fikk hjelp til forflytting.

Noen ganger er det beskrevet at hun fikk hjelp til frokost eller til å varme middag. Det er da ikke noen beskrivelser eller vurderinger av hva pasienten trenger hjelp til angående frokosten, hvilket næringsbehov pasienten har eller om dette blir dekket.

Pasient nr 3, sykehjem

Noe redegjøring for tilstand og hjelpebehov under oppholdet

Antall overføringer: 2

Antall overføringsrapporter: 2

Sammendrag om pasientens tilstand i overføringsrapporten: Beskrivelser av pasientens tilstand på utreisetidspunktet.

Pasient nr 3, hjemme

Hjemmetjenesten beskriver urinveisinfeksjon og tiltak i den forbindelse, om en periode med tungpust med påfølgende legebesøk og sykehusinnleggelse, og om beskjed fra pårørende om svekket almenntilstand. Noen rapporter om at pasienten har klart seg selv og ikke ville ha hjelp når pleierne kom.

Antall overføringer: 2 + 1 sykehusopphold i hjemmeperioden

Antall overføringsrapporter: 0

Grad av samsvar mellom enhetene i hva som er dokumentert: Ulike problemstillinger er beskrevet. Sykehjemmet beskriver litt om kvalme, oppkast og forstoppelse, litt om økt hjelpebehov i forhold til almenntilstand uten å spesifisere det nærmere, og en del om deltakelse på sosiale aktiviteter. Mens hjemmetjenesten har lagt vekt på å dokumentere infeksjonene hun har hatt.

Ingen identifisering av behov, mål eller tiltak i pleieplanen. Alt er skrevet som fortløpende rapport

Pasient nummer 2, sykehjem

Pleiebehovene kommer til dels fram, noen ganger er det beskrevet tiltak og disse er til en viss grad evaluert. Det er også satt opp et par mål

Antall overføringer i perioden: 3

Antall overføringsrapporter: 3

Sammendrag i overføringsrapportene: litt beskrivelser av pasientens hjelpebehov.

En del praktiske beskjeder.

Pasient nummer 2, hjemme

Mest beskrivelser av uro og samarbeidsvansker.

Antall overføringer i perioden: 2

Antall overføringsrapporter: 2

Innhold i overføringsrapportene: Kort sammendrag av problemområdene

Grad av samsvar: Begge partene har vært opptatt uroen pasienten utviser som følge av demenstilstand, sykehjemmet beskriver og aktiviteter og sosiale tiltak. Begge enheter nevner at de har gitt insulin og sykehjemmet berører også blodsukkerresultat og stor appetitt., Andre forhold rundt hans diabetes er ikke nevnt hos hjemmesykepleien i denne perioden, verken i forhold til mat eller blodsukker. Videre beskriver sykehjemmet smerter og søvnproblemer som ikke er nevnt av hjemmesykepleien.

Pasient nummer 1 sykehjem

Antall overføringer: 0, kun beskrivelser for 6 dager (deler av et vekselopphold), vært innlagt på sykehus 3 ganger i undersøkelsesperioden.

Pasient nummer 1 hjemme

Det er rapportert forholdsvis mye i denne perioden. Alt under daglig rapport. Likevel er det tydelig at mye mangler. For eksempel i de dagene pasienten var sykest før tvangsinnleggelse på psykiatrisk, er det bare uroen og problemene rundt det som har

fått oppmerksomhet. Det framkommer ikke om pasienten har klart å ivareta sine fysiske behov som personlig hygiene, søvn og ernæring.

Antall overføringer: 1+ 3 sykehusinnleggelser

Antall overføringsrapporter: 0

Grad av samsvar: Liten grad av samsvar i det som er vektlagt, men flere sykehusopphold og færre sykehjemsdager gjør sammenligningen vanskeligere. I perioden hun var hjemme var det 3 sykehusinnleggelser, hvorav to med infeksjoner og 1 tvangsinnleggelse på psykiatrisk avdeling. Likevel mangler overføringsrapport av pleiebehov til sykehjemmet.

Samlet sett kan det oppsummeres med at de dokumenterte opplysninger fra disse 5 pleieplanene er sparsomme og lite systematiske, og at sykepleieprosessen nesten ikke er brukt som metode, til tross for at det er det systemet legger opp til. Sykepleierne og hjelpepleierne i enhetene har identifisert svært få behov og svært få mål for pleien. De har også forholdsvis sparsomt med tiltak for å hjelpe pasientene og dermed lite evaluering av tiltakene. Det er skrevet en del fortløpende rapport i dokumentasjonssystemet. Ved å foreta analyse av denne ble det lett etter pasientbehov, mål, tiltak og evaluering innbakt i rapportene. Disse trinnene fra sykepleieprosessen framkom ikke i særlig større grad etter analysen. Ingen steder ble det vist til at pasienter var delaktige i utforming av pleien.

For å tydeliggjøre hvordan disse funnene framstår har jeg som avslutning på dette kapitlet valgt å vise til to eksempler fra to ulike journaler i denne studien.

En dement og overvektig vekselpasient har en insulinavhengig diabetes. I rapportene i CosDoc står det relevant nok, "obs at pasienten glemmer seg og spiser ukritiske mengder mat". Men pleieplanen inneholder ingen oversikt over ernæringsbehovet til denne pasienten, plan for måltider, eller data om hva slags mat pasienten liker. Dersom det hadde vært en veiledende plan for pleien på dette området, vil det vært med på å forebygge feilernæring og kanskje unødvendig høy insulindose, samtidig som den demente pasienten kunne fått mat han likte godt, og hans ernæringsbehov kunne blitt etterlevd på kort og lang sikt, uavhengig av enheten han måtte befinne seg i.

Et annet eksempel der pasientens grunnleggende behov neppe kan ha vært ivaretatt, var i forbindelse med tvangsinnleggelse på psykiatrisk avdeling. Hjemmesykepleien rapporterte 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. Ut fra journalene så det ut til at mange grunnleggende behov som ernæring, søvn og hvile, og personlig hygiene osv. kunne ha blitt forbigått. Det kan ha vært slik at hjemmesykepleien ivaretok disse behovene, eller prøvde å ivareta, men ikke slapp til. Men det framkom 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 kontinueres for denne åpenbart svært syke pasienten.

6. 0 Presentasjon av funn fra intervjuer.

I det følgende presenteres funn fra intervjuene slik de framstår etter analysen. I presentasjonen tilstreber jeg en balanse mellom beskrivelser og fortolkninger av beskrivelser (Polit & Beck 2004). Polit & Beck (2004) hevder at viktig å gi stemme til informantene og presentere erfaringer fra deres livsverden. Det gjøres ved hjelp av sitater. (Presentasjon av informantene finnes i vedlegg 1.)

I første del av kapitlet vektlegges betydningen av vekselpleie for pasient og pårørende i form av positive og negative momenter ved denne form for pasientomsorg og hvordan brukerperspektivet framstår for demente pasienter i vekselpleie.

I andre del av kapitlet presenteres organisering av de ulike tjenestene i konteksten vekselpleie slik det oppleves for informantene, og hvilke premisser denne organiseringen gir for å utøve pleie. Det som omtales, er organisering av legetjenestene, organisering av rapporter/vaktskift, forholdene rundt sykepleiedokumentasjon og hvordan samarbeidet mellom enhetene foregår.

I tredje del rapporteres det hvordan de ulike overføringer faktisk foregår. Foruten at pasienten selv overføres, skal opplysninger og kunnskap overføres gjennom sykepleiedel og legedel av journalen. Samtlige av informantene vier overføring av opplysninger om legemidler stor oppmerksomhet.

I siste del av denne rapporten fra intervjuene beskrives hvilken risiko som er til stede med å veksle mellom to enheter i den konteksten vekselpleie framkommer her.

Kapitlet avsluttes med utdypning av informantenes opplevelse av hvorfor vekselpleie er en god ting på tross av mangler og risiko.

6.1. Betydning av vekselpleie for pasienter og pårørende.

Funnene i undersøkelsen har vært klare og samstemte angående betydningen av vekselpleie. Informantene har beskrevet ulik og nyansert betydning av vekselpleie, men få eller ingen syn har vært i motsetning til det andre informanter har sagt.

Hovedinntrykket er at vekselpleie er overveiende positivt, men med noen klare

begrensninger.

Disse begrensningene er at vekselpleie er mindre egnet for demente. Slike pasienter mestrer ikke forandringene. Det kan noen ganger gå bra etter kort tid på sykehjemmet, men selve forflyttingen beskrives som vond for de demente pasientene. Disse pasientene trenger stabilitet, rutiner og struktur. I tilfeller der vekselpasientene er helt eller delvis demente, er gjerne hensynet til pårørende det som er avgjørende for at tjenesten vekselplass er valgt og innvilget. 11 av 12 informanter har uttalt seg tydelig om at vekselpleie er mindre egnet for demente. To utsagn illustrerer dette på hver sin måte;

Nr.11 De som ikke har så mye nytte av det er de litt demente. De forstår ikke sin egen sykdomshistorie og vil helst bare være hjemme, og at de ikke er i stand til å klare seg hjemme og at det er på grunn av pårørende, at de skal få avkobling.

Nr 5 Og noen er demente, ja vi hadde nettopp en dame som følte at hun var under tvang her, og hun var veldig mentalt redusert.

Informantene er likevel tydelige på at det er grader av demens som avgjør om pasientene profiterer på vekselplass.

Nr 12 På generell basis så er jo det med flytting for demente ikke like lett, så blir de litt mer forvirret i en liten periode, men så kommer det jo helt an på grad av demens, ser at mange av de demente som kommer inn, de kjenner seg jo igjen og kjenner pleierne igjen og føler en trygghet. Så finner de roen på avdelingen og det med faste rammer og struktur er jo og veldig viktig og så fungerer de godt her, og så kommer de hjem uten den strukturen, så faller ting litt fra hverandre igjen, å komme inn her og få struktur i 3 uker, det er viktig for å opprettholde funksjonen Men selvfølgelig når en er kommet litt lenger i demensen, må en jo kanskje være på ett sted for at det skal ha noen hensikt.

For de som har lettere grad av demens, er engstelige eller har psykiske sykdommer i tillegg til alderdomssvekkelse, er trygghetsfølelsen pasientene beskriver også et dilemma. Det er fordi pasienter ønsker å være fast på sykehjemmet uten ellers å være "kvalifisert" for fast plass.

Nr 10 Det som kan være litt vanskelig er at de ikke har lyst til å reise ut igjen

Pleiere beskriver også at de opplever at de ulike forholdene for å gi hjelp i hjemmesykepleien kontra sykehjem gjør at pasientene ønsker seg mer hjelp etter at de har vært på opphold.

Nr.8 også når de kommer ut igjen så forventer de kanskje at de skal få like mye hjelp som de fikk der, at de ikke er informert om hva vi står for og hva vi kan gjøre

Også sykehjemmet ser dette dilemmaet. Det er lett å hjelpe for mye når pasientene er inne på opphold, sykehjemmet må hele tiden ha fokus på at de skal hjem igjen og ikke har samme muligheter for hjelp der, selv om de mottar hjemmesykepleie.

De fleste vektlegger faste datoer for innreise og utskrivning, dvs. forutsigbarheten som vekselpleie innebærer, som et ubetinget gode. Vekselpleie anses som nødvendig avlastning for pårørende, særlig når pårørende er ektefelle, men forutsigbarheten er et gode for pasienten selv også.

Avlastning for pårørende kan også være et kriterium for å motta annen korttids plass på sykehjem der man kan søke for hvert opphold. Sporadiske korttids plasser blir imidlertid regnet som mindre egnet for avlastning og "oppbygging" for pasienter enn veksel plass i følge informantene.

Mange pårørende bidrar med å opprettholde pleien i hjemmesituasjonen. De tar ansvar det meste av døgnet hjemme, de transporterer pasientene mellom enhetene, og informerer pleierne når de er på besøk. De er bindeledd mellom enhetene.

Nr 1 Det er jo de som har hovedtyngden når de er hjemme, og de kjenner de jo og det er de som forklarer, sånn og sånn... Og de er jo så samvittighetsfulle. Når de er på veksel så besøker de de hver dag, så de får jo med seg masse, og alt som skjer der oppe og, og de står jo klar i døren når du kommer første dag etter hjemkomst, at sånn og sånn. På sykehjemmet gjorde de det og det,... så når vi har denne typen pårørende åh, de har full kontroll. Så da fungerer det jo veldig fint. Også føler jeg at pårørende ofte ser fram til disse periodene. Særlig når de nå begynner å bli vant, de kjenner avdelingene, de kjenner forløpet, så de er kommet i en slik trygg rundgang. ...For mange føler at disse brukerne er så dårlig at de tør ikke gå fra de ... Så de som har pårørende, det er ofte en grunn til at de har fått veksel at pårørende skal klare å ha de hjemme . Også har vi noen få som reiser på veksel som er enslige. Men jeg føler jo pårørende er en ressurs. Disse brukerne hadde ikke klart seg hjemme, hvis de ikke hadde hatt pårørende, da type ektefelle, hvis ikke hadde de måttet hatt en institusjons plass.

Videre er det enighet om at veksel pasientene, ikke bare pårørende, drar nytte av veksel plass, dersom de ikke er for mye mentalt redusert. De får legeundersøkelse, det

blir tatt rutineprøver, de kommer seg fysisk og mentalt, legger ofte på seg. Vekselplass er en god mellomløsning og det skulle vært flere plasser, sier mange.

Nr.6 Det skal jo gjøre at de kan bo hjemme lenger fordi , kanskje når de er hjemme spiser litt lite, har litt dårlig sosialt nettverk kanskje, også kommer de litt opp når de kommer inn også har de litt mer å bygge videre på.

Det vises også til at vekselplass kan ha uutnyttede muligheter for pasientene, og at enhetene kunne utvidet samarbeidet til gode for pasientene, ikke minst påpeker både sykehjemslegen og fastlegen dette aspektet.

Brukerperspektivet til de mentalt reduserte vekselpasientene kolliderer ofte med det fagfolk ser på som brukerens beste. Den manglende innsikten og vegringen mot å være på vekselopphold beskrives slik av en av informantene.

Nr 9 Så er det at når de ikke vet hvorfor de er her, så ville han ringe hjem hele tiden. Vi måtte gjøre avtaler med konen om ikke å ta den når han ringte, hvis det var noen beskjeder fra oss, så kunne vi ringe fra et annet nummer.

På en ene siden beskriver ansatte at demente pasienter vegrer seg for vekselplass på sykehjem, og jo mer demente de er, jo større er vegringen. På den annen side beskrives pårørende sine behov, naturlig nok, til å gå i retning av at jo mer dement, dvs. jo lengre han er kommet i sykdomsprosessen, jo større behov har ektefellen for at pasienten mottar vekselplass. Overordnet disse ulike hensyn vil være fagfolks vurderinger av pasientens behov.

Nr 2 Nei , det er et godt spørsmål for det blir litt dobbelt her. Fokus er jo pasienten og når de hjemme får anledning til å puste å ta vare på seg selv, så er de og bedre i stand til å ta vare på pasienten når de kommer hjem. Så det faller jo ned på pasienten uansett.

Tidligere i dette kapitlet er det beskrevet at det er et spørsmål om hvor langt en er kommet i sykdomsprosessen før en må være på et sted. "Et sted" er her oppfattet som et egnet stabilt sted, der pasienten kan få ivaretatt sine grunnleggende behov av andre enn pårørende og eller hjemmesykepleie.

Til tross for begrensningen med at veksel plass ikke egner seg for demente som er kommet langt i sin sykdomsprosess, har flere informanter avsluttet intervjuene med å si at det skulle vært flere veksel plasser.

*Nr. 10 Ikke annet enn at det er mange flere som skulle hatt veksel plass.
Da får de litt avbrekk, også gleder de seg til å komme inn, også gleder de seg til å komme ut.... De treffer gjerne igjen kjente de har vært sammen med.*

6.2 Organisering av tjenestene rundt veksel pasienter.

Organisering av legetilsyn veksler i takt med hvor veksel pasienter oppholder seg. At sykehjemslegen har ansvar mens pasienten er inne på opphold, og fastlegen har ansvar mens pasienten er hjemme, er noe alle må forholde seg til p.g.a et tydelig lovverk. (se kapittel 4 om kontekst). Hvordan, og hvor mye, de enkelte legene samarbeider varierer, sier våre informanter. Alle informanter, inklusivt de to legene som er intervjuet, er imidlertid samstemte på at denne ordningen ikke er uproblematisk. De svarer at samarbeidet skulle vært utvidet og har rom for forbedringer.

Nr.12 Det virker jo heller ikke som fastlegen alltid vet når pasienten deres kommer inn til veksel opphold. Og dermed kunne mer informasjon vært overlevert mellom oss hvis de hadde vært mer klar over når de kom inn. Ja pasienten kunne profitert på det, ja sånn rent medisinsk, at samarbeidet kunne vært utvidet. Jeg skriver jo epikrise hvis ting skjer under oppholdet her, men jeg får ikke noen epikrise fra fastlegene. Ja noen er jo like mye her som de er hjemme.

Manglende muligheter for elektronisk overføring av pasient opplysninger, særlig angående legemiddel håndtering, er det de fleste nevner som det aller vanskeligste med at det er ulike leger å forholde seg til.

Nr 4. Der har vi en strukturert form for samarbeid som virker litt dårlig,.... Det går på en utveksling av opplysninger på papir. Vi har bygd en papir rutine som går på at sykehjemslegene syns ar de får papirer alt for sjeldent og for sent fra fastlegene, og en del av sykehjemslegene er fastleger så de kjenner problemet fra begge sider. Og siden det er snakk om en manuell behandling av papir, så har det veldig lett for å bli forsinket. det vil si at dette fungerer best når det er et nytt tilbud, så det er ikke sikkert det fungerer i det hele tatt når det er snakk om veksel pleie og oppdatering av opplysninger.

Organiseringen av legemiddel håndteringen, er det området der det uttrykkes størst frustrasjon, og der hjemmesykepleien er samstemt på at om bare alle brukte multidoser (kap 4, kontekst) ville det vært et flott system.

Nr 4 Mange av de som er aktuelle i vekselpleie, hvis de har hjelp til legemiddelhåndtering, så har de multidose. Så det er veldig likt samme type problemstilling så på sykehuset, Vi har egentlig lagt et godt system, hvis alle fulgte det.

Mens de på sykehjemmet mener at multidose ivaretar ikke godt nok endringer.

Nr.12 Jeg tror jo det har bedret det for veldig mange, og komplisert det for mange. Da tenker jeg jo spesielt på de som står på medisiner som forandrer seg jevnlig . Da tenker jeg at de burde ikke hatt multidose i utgangspunktet.

Det at medisiner forandrer seg er komplisert ved multidose både fordi apoteket leverer ut multidosene bare hver 14 dag, og fordi da må sykepleierne "etterlegge" i egen dose og ta ut seponerte medisiner.

Hjemmetjenesten er frustrert over sykehjemsleger som skriver endringer på papir og ikke scanner det inn i det elektroniske systemet, og private sykehjem som nekter å forholde seg til multidose.

Nr.1 Så der er det vi møter mest problem, inn og ut, og det gjelder både de som er på veksel og disse vanlige, også kommer legen rundt også skriver han på sine ark bare noen kruseduller, også begynner de å gi medisin ut fra det, også har ikke vi tilgang på det ene arket. – For vi bruker multidosen...

Organisering av tjenestene hjemmesykepleie og sykehjemspleie er naturlig nok ulik, selv om begge tjenestene er en del av bestiller/utførermodellen. Noe av det som framkommer er at premissene for utøvelse av pleie er ulik.

I hjemmesykepleien er det særlig mulighetene for å sette seg inn i problemstillingene til de pasientene de skal besøke den dagen, før de går ut, som beskrives som problematisk av flere, dvs rapporter og vaktskifte. Siste døgns hendelser for alle pasientene blir lest opp på fellesrapport, deretter må de ut til pasientene.

Nr 2 Nei da hender det at du bare møter opp (hos bruker) og tar det der i fra. Vi skulle hatt stille rapport om morgenen - Ja, jo vi får det 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.

Dette problemet forsterkes av at mange, ja faktisk de fleste, har deltidsstilling. Mange

sier i intervjuene om at de deltidsansatte gjør en god jobb, men de fleste berører problemet med at det er vanskeligere for deltidsansatte å være oppdatert, og at systemet ikke tillater at de får mer tid til oppdatering enn andre.

Nr 7 Deltidsansatte får et innblikk i hvordan pasientene har det der og da. Men du får ikke innblikk i journalen eller i pleieplanen.Hun kan gå glipp av det ja.... og det er sånn som jeg trenger å banke til kollegaene mine at det er ikke de deltidsansatte som er udugelig ,og det er systemet som gjør dette

På sykehjem er det større rom for å lese seg opp eller få muntlig rapport etter friperiode. De har langt færre pasienter de skal oppdateres om på samme tidsrom, og mulighetene får å lese det andre har skrevet mens en har hatt fri, er bedre. Informant nr. 6 sier;

Nr. 6 Ja jeg prøver, men hvis jeg har hatt fri noen dager så er det jo en rapport på den vakten når jeg kommer. Vi har jo muntlig rapport. Da sier jeg gjerne at jeg har hatt fri noen dager og da spør jeg om det er noe helt spesielt og sier at jeg har hatt fri mange dager. Men så går jeg og inn og leser på hver enkelt på de som jeg føler at her er det kanskje noe mer.....

Organisering av tjenestene påvirker også mulighetene for å dokumentere utført pleie, og å lage planer for pleien. Også dette beskrives også som mer problematisk i hjemmetjenesten enn på sykehjemmet. Pleierne tilskriver dette det stramme tidsskjemaet i hjemmesykepleien, og i varierende grad også andre faktorer. Samtlige pleiere beskriver CosDoc, det felles kommunale elektroniske dokumentasjonssystemet, som et bra verktøy. På den annen side er forholdene for å få til dokumentasjon, og hva som blir dokumentert, beskrevet som kompleks og sprikende. Noen utsagn spriker også innen ett og samme intervju. Sprikene i utsagn gjelder gjerne synet på kvaliteten innen dokumentasjon. Det de fleste er enige om, i begge enhetene, er at det er vanskelig å holde pleieplaner oppdatert.

Nr. 7 Vi har pleieplaner, men om de blir oppdatert, det kan jo diskuteres.. Vi har så stort arbeidspress og det er ikke satt av tid til å dokumentere om hver enkelt pasient, og i tillegg oppdatere pleieplaner. Med mindre vi velger å bruke vår egen fritid, og det ha jo jeg måttet gjøre med særskilt syke pasienter.

Når det gjelder hvordan sykehjemmet dokumenterer pleien, sier hjemmesykepleien at de beskriver ytre hendelser i dagliglivet, mens sykehjemmet sier om hjemmesykepleien at de dokumenterer knapt og mangelfullt.

Nr.9 Ja for det å dekke grunnleggende behov er lettere på sykehjemmet for vi vet jo ikke hvordan det fungerer hjemme, i og med at det er lite dokumentasjon.

Det er enighet om at problemstillingene kan være ulike mellom enhetene. F. eks. er det ikke sikkert at en pasient med søvnproblem på sykehjemmet har søvnproblem når han er hjemme. På den annen side beskrives f. eks. overføringer av faste prosedyrer for pleien, der det er beskrevet, som nyttig og som noe som ofte fungerer. Et eksempel på det er prosedyre for sårstell, eller annen fast bestemt behandling som det er en plan for.

Noen etterspør mer dokumentasjon om pasientens funksjonsnivå, særlig på sykehjemmet, andre innrømmer at de glemmer seg ut og tar for gitt at de andre kjenner pasienten. Nesten alle har oppfatninger om at det er pleien og tilstedeværelsen hos pasienten som er viktigst, dokumentasjon blir nedprioritert. På den annen side sier alle at dokumentasjon er viktig og nødvendig.

Nr.10 Jeg tror vi gjør veldig mye som vi ikke klarer å få dokumentert, og det er ikke alt som er like lett å dokumentere.....Det er ikke så lett å beskrive all den gode pleien som du gjør. Og jeg er så gammel at jeg har masse erfaring med meg ... og så sitte og dokumentere alt det, jeg vet ikke,

Ja jeg syns dokumentasjon og videreføring er grådig viktig ,men det er ikke alltid så lett å få det ned i korte setninger Men å få med det viktigste,

En av de tingene som står i veien for dokumentasjon i hjemmesykepleien, hevder flere, er at det går tid til endringsmeldinger, som blir prioritert foran sykepleiedokumentasjon, når tiden er knapp. Også sykehjemmet skriver endringsmeldinger til bestillerkontoret når tilstanden til pasienten endrer seg, men det er nok hjemmesykepleien som føler seg mest presset av disse.

Nr.1 Og da har du kanskje en arbeidsliste den dagen der du har 15 – 16 forskjellige brukere du har vært hos. Det du og må gjøre er å rette arbeidslisten din. Var du lenger hos en bruker, du brukte kanskje 45 min i stedet for 25. Da er det veldig viktig å få skrudd opp den tiden, for da får vi betaling for 45 minutt. Og det er jo en av de tingene som blir prentet inn at du må rette arbeidslisten din, for det er det du får betaling for

Organiseringen av tjenesten har på flere måter betydning for kontinuitet, kontinuering av pleien. Somrene er beskrevet som særlig utsatt på grunn av mange vikarer. Det samme kan gjelder enkelte helger med få faste folk på jobb. I tillegg til at pleien skal

kontinueres gjennom sykepleiedokumentasjon, er det blant annet sett fra brukerperspektiv, et mål å begrense antall ulike pleiere som besøker pasienten.

I tillegg til ferier og helger, beskrives to andre hovedutfordringer som henger sammen med kontinuitet. Det ene er at det er de heltidsansatte som blir "bærere". De deltidsansatte har ikke samme muligheten for oppfølging av oppgaver de utførte dagen før.

Den andre hovedutfordringen som beskrives, er å få til kontinuitet når det skal "pusles sammen" arbeidslister innen den forholdsvis store geografiske enheten med mange pasienter i hjemmesykepleien. (Se kapittel 4 om de ulike hensyn som må tas.) Det betyr at selv de heltidsansatte sjelden får følge pasientene sine i hjemmesykepleien. Arbeidslistene rullerer mellom pleiere selv om de er på jobb flere dager etter hverandre.

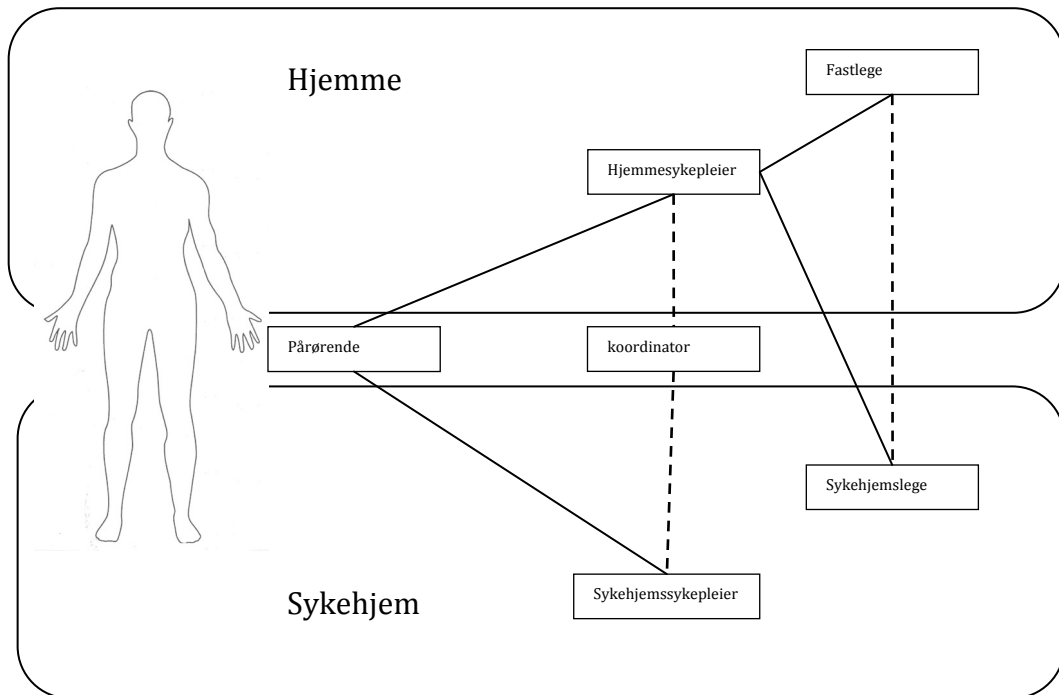
Nr 1. Så da har de kanskje en større fordel på et sykehjem at det er det samme personalet som er der. De er fysisk tilstede hver dag, så når de får inn igjen en vekslerbruker, så kjenner de jo han. Mens vi er så mange i rulling.

Nå var det en forholdsvis ny bruker som skriver i en bok når det kommer inn tre ganger til dagen. Nå tror jeg han hadde hatt hjemmesykepleie i fire måneder, og han hadde hatt over 60 stk inne i hjemme sitt, men har nok skrevet både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Men det er ganske mye det – de skal inn i stuen din, sant!

Vekselpasienter skal forholde seg til ansatte i sykehjem, i tillegg til alle personene i hjemmesykepleien, så for dem er det enda flere ansikter og dermed utfordringer for å oppnå kontinuitet.

Organiseringen av tjenestene i form av bestiller/utførermodellen påvirker også samarbeidet mellom enhetene. Samarbeidet mellom enhetene er beskrevet som mangelfullt. Likevel virker det som informantene synes det er et langt mindre problem at pleierne ikke samarbeider formelt, enn at legene har så lite formalisert samarbeid. Pleierne sier at de har jo felles dokumentasjonssystem og at forhold som ellers er av betydning for pleien går gjennom koordinator.

Nr. 6 Vi har ikke så mye telefon mellom oss og de lenger. Det var jo mye mer av det før bestillerkontorene kom. Da var det mye mer direkte. Hvordan det gikk og sånt. Nå går liksom alt via bestillerkontoret
Vi har jo nettverksmøter, ikke for alle, men på de vi har det på, så er det ofte bestillerkontoret som, det er ikke alltid hjemmesykepleien er med der og da er det bestillerkontoret som representerer hjemmesykepleien....



Figur 6.1 Kommunikasjon mellom sykehjem og hjemmesykepleie

I figuren ovenfor viser de heltrukne linjene at pårørende utfyller kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og sykehjemspleie, mens særlig pleierne i hjemmesykepleien utfyller kommunikasjonen mellom legene. (Figuren er konstruert etter inspirasjon fra Lindencrona 1987).

I hjemmetjenesten sier informant nr 2 at hun opplever at når det gjelder medisiner tar de ansvar for å holde hverandre oppdatert, men når det gjelder å ha samtaler med den andre enheten, er det utenfor hennes ansvarsområde:

Nr 2 Som sykepleier har ikke jeg noe samarbeid med sykehjemmet. Ikke jeg som sykepleier. Det foregår på høyere plan. Men som sagt ved medisinendringer, så er det mitt ansvar.

I sum er det flere forhold innen organisering av tjenestene som synes å ha betydning for pleien til vekselpasientene. Dette gjelder for det første samhandling mellom legene og ulike system for informasjonsutveksling angående aktuelle legemidler. For det andre er det ulike systemer for tillaging av legemidler. For det tredje har organiseringen av tjenestene sykehjemspleie og hjemmesykepleie betydning for rapporter/vaktskift. For det fjerde påvirkes også forholdene for hva som dokumenteres blant pleierne i de to enhetene av organiseringen. Endelig må organiseringen innen og mellom tjenestene, og samarbeidet mellom tjenestene, fremheves som betydningsfull for kontinuiteten.

6.3 Overføringer.

Det faktum at pasientene selv er hovedfokus for overføring, har vært lite berørt av informantene. Utenom det som allerede er sagt tidligere i kapitlet, om at demente vegrer seg for forflytting, har det virket som fenomenet veksling sett fra pasientenes side, ikke er problematisk. Heller som en kjærkommen avveksling. Transporten er heller ikke berørt som problemområde. Pasientene som veksler, blir kjørt av pårørende, eller kommer i drosje. Flere beskriver vekselpasienter som gjennomgående mer stabile helsemessig enn andre korttidspasienter.

I tillegg til at pasienten selv skal forflyttes og objektivt sett, overføres, medfører vekslinger overføring av opplysninger i ulike former. De fleste er klar over at det skal følge en overføringsrapport i forbindelse med overflytting, men ikke alle.

Sykepleierne svarer litt ulikt når det gjelder hvordan overføringsrapporter foregår og om innholdet har nytteverdi. Det stemmer med det som er rapportert i journalene. Dvs. at noen ganger mangler overføringsrapport helt, andre ganger er overføringsrapport skrevet, men inneholder bare opplysninger om at de er reist og når, mens andre igjen gir et godt sammendrag over pasienten sine pleiebehov. Gjennomgående er sykehjemspersonalet mer opptatt av og bevisst på overføringsrapporter enn hjemmesykepleien.

Nr.5 Jeg syns vi samarbeider dårlig Vi skriver alltid overføringsrapport, men det er sjelden at vi får det fra de. Hvis det har skjedd noe ringer de kanskje opp og gir beskjed. Men det skjer ikke så ofte, hvis det er forandringer eller sånn, men det skjer sjelden.

En annen sykepleier på sykehjemmet sier om vekslinger og overføringsrapporter;

Nr 9 Det går sin gang, vi går inn og ser, også får vi overføringsrapport når vedkommende kommer, også går vi inn og leser på den og i Cos. doc.

Disse sykepleierne jobber i ulike etasjer på sykehjemmet og forholder seg til ulike vekselpasienter fra ulike distrikt.

I hjemmesykepleien sier noen derimot at det er så lite å skrive fra gang til gang at de ikke anser det som nødvendig, mens andre ikke en gang er klar over rutinen med overføringsrapport. Men alle synes oppmerksom på at sykepleiedelen av journalen skal "godkjennes" ved overflytting, slik at den andre enheten kan gå inn og lese.

For legene sin del er det ikke bare legemiddelkortet som skal overføres, også hele epikrisen, alle legeopplysninger fra legejournalen skal overføres. Denne er i papirutgave og det er problematisk. som tidligere nevnt, Det er stadig faren ved medisinendringer som blir framhevet som det største problemet med endringer på papir;

Nr. 12 Ja det blir jo først og fremst legemidler. Spesielt hvis de har vært hos fastlegen rett før, også kommer de inn med medisinene også er det en dosett med noe vi ikke vet hva er, for epikrisen er ikke kommet, så er det en dosett med de faste, også må vi nøste litt og finne ut hva det er for noe.

Hjemmesykepleien er opptatt av at når sykehjemmet har overført legeopplysninger på papir, føler de ansvar for å se at medisinene stemmer. Noen ganger fanger hjemmesykepleien opp endringer på papir fordi de leser kopi av epikrisen som pasienten har fått med seg hjem, mens originalen av epikrisen er sendt i posten. Flere sykepleiere, særlig i hjemmetjenesten, uttrykker stor frustrasjon over dette systemet, og de opplever seg som et uformelt bindeledd mellom legene, og må påta seg oppgaver de ikke burde, og enda mindre ønsker.

Vi må snu oss gjennom reglene for å få dette til å fungere og vi har et uoffisielt lager med medisin, som er donert til oss fra brukere som er falt bort. De medisinene er vi avhengige av og på grunn av at pasienter er skrevet hjem uten medisin til neste dag og uten resepter. Og kl. 20 på kvelden så er det vanskelig å oppdrive, igjen med systemet vårt er det vanskelig å sette til sides tid nok til å springe til avdelingen også tigge de etter medisin og det er ikke alltid at de gir ut også må vi kontakte fastlegen dagen etterpå og få, også høre om han har mottatt skriv fra sykehjem som han sannsynligvis ikke har mottatt ennå, også er det å finne sykehjemslegen, så vi

har et lite mellomlager og det er ikke lovlig, men det er nødvendig onde. Dette er fordi ordinasjonskortet er endret for hånd, også er ikke meldingen gitt videre til apotek, for eksempel og da må vi oppdrive medisiner på en eller annen måte. Også blir medisinene ikke sendt med hjem med bruker etter endring på veksel, dette er spesielt et sykehjem og de sender ikke med medisiner pga. økonomiske rammebetingelser.....

En siste faktor som berøres av informantene angående overføringer er overføringer, av opplysninger om vekselpasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten, det vil si mellom to tjenestenivåer. Informantene opplyser at korttidspasienter, inklusiv vekselpasienter, har særlig vanskeligheter ved overføringer fra sykehus, fordi sykehjemmet er et ekstra ledd, og sykehuset forholder seg ofte bare til fastlegen og hjemmesykepleien. Dette problemet avhenger litt av hvor pasientene er i vekselforløpet ved inn og utreise til sykehus.

Nr. 12 Mye av det med multidose og ordinasjonskort det ligger jo på fastlegen som arbeidsoppgave, men så føler vel jeg som sykehjemslege og at jeg må gripe fatt i det mens de er her, det tar jo uker før den blir oppdatert. Så hvis en vekselpasient har vært på sykehus og kommer inn her så prøver jeg å være i forkant, også endre ordinasjonskortet så det blir oppdatert til de skal hjem igjen.

Om overføring og hva slags system som brukes sier informant nr.4;

Ja, det som er veldig interessant, det er hvem som har regien. Og der hadde vi et system som var sånn at fastlegen har regien over multidose og har fullmakten til å endre multidose. Så når pasienten kommer ut fra sykehus eller sykehjem med ny forskrivning så var det i teorien fastlegen som skulle iverksette endringen overfor apoteket, altså multidoseapoteket. Og det lagde problemer for hjemmesykepleien. For det var de som skjønnte at her var det noe nytt. Samme dag måtte de få fatt i fastlegen, og da lagde vi sånn tidsproblem.

Angående overføringer kan det oppsummeres med at det er opplysningene rundt pasienten, som overføringsrapporter med sykepleieopplysninger, epikrisen fra legen, spesielt den delen av epikrisen som omhandler legemidler og forhold rundt utskriving fra sykehus, som må vies oppmerksomhet ifølge våre informanter.

6.4 Risiko.

De negative følgene av det som er beskrevet ovenfor, kan innebære risiko av ulik karakter.

1. Risiko for at informasjon ikke kommer videre og fører til uønskede hendelser, særlig innen legemiddelhåndtering. Dette er knyttet til ulike systemer for legemiddelhåndtering som multidose/dosett og et system for videreføring av opplysninger som enten ikke virker, eller kommer forsinket. Det vil si elektronisk overføring av ordinasjonskort for multidose på den ene side og papirutgave av epikrise, inklusiv legemiddelordinasjon på den annen side.

Nr 12. Det er jo alltid en viss risiko for at informasjon ikke kommer videre. Det er jo klart at spesielt hvis det blir gjort endringer her, eller de kommer inn her og har multidose også ønsker jeg å gjøre en endring eller vi blir enige om å gjøre en endring, så reiser de hjem igjen med den multidosen som ikke er oppdatert også kommer den oppdateringen om et par uker, og hvis da er noen som ikke er oppmerksom på det og gir den gamle medikasjonen så er jo det etJa hvis de da har en dosett i tillegg med en antibioticakur som skal kontinueres i 5 dager til, og hjemmesykepleien ikke er oppmerksom på det. .. men det gjelder jo begge veier. Det hender jo at de kommer inn her og med nye medikasjoner. Det er kanskje det som er den største faren med å veksle så mye.

Når det gjelder videreføring av sykepleiedokumentasjon er den ofte beskrevet i CosDoc. Flere beskriver det som bra med felles dokumentasjonssystem.

Likevel har mange uttalt at de ikke finner ut av det, enten fordi det ikke er skrevet noe i den andre enheten, eller fordi det ikke er skrevet i overføringsrapporten og da tar det tid å bla bakover, eller fordi de ikke har fått lest eller hørt annet enn siste døgn hendelser med pasienten.

Nr. 8 Det er jo det at de ikke alltid får satt seg skikkelig inn i pasientene sin situasjon? At de ikke får se hele bilde, at de ikke får nok informasjon. Ja for hvis de har hatt fri og veksel pasienten er kommet hjem, også har kanskje ikke de blitt informert om at de har større hjelpebehov også kommer de bare rett på. At de er kommet ut fra sykehjem også har vi ikke fått informasjon fra de også blir det kastet på oss også er vi ikke klar over hjelpebehovene nå i forhold til tidligere og det kan ha skjedd medikamentendringer

Noen nevner også risikoen for å glemme å dokumentere hva pasienten ikke tåler eller er allergisk mot når opplysninger skal overføres. For eksempel forteller en informant at de har lapper på kjøkkenet om at den og den tåler ikke melk, eller obs diabetes. En annen sier dette:

Nr.4 Jeg tror ikke vi er så flink på Cave meldinger (Cave, latin, se opp for) I programvareoppdateringen vår er det NB og Cave. NB inviterer til en annen type meldinger i tillegg. Men jeg ser at ingen har tenkt på den rette typen meldinger. NB er mer huskemeldinger til en selv. Så vi skulle hatt en NB melding som fulgte henvisninger. NB svaksynt er en sånn en.

2. Risiko for at informasjon ikke kommer til rett sted og til rett tid etter at vekselpasienter har vært på sykehus. Et eksempel på det er en vekselpasient som ble satt på en langvarig antibiotikakur etter en poliklinisk kontroll av hofteoperasjon. Kontrollen foregikk på sykehuset, mens pasienten var på sykehjemsopphold i vekselforløpet. Når pasienten kom hjem fra sykehjemmet, reagerte pårørende. De var informert om at han skulle ha en langvarig antibioticakur. Legemiddelendringen fra sykehuset hadde bare gått til fastlegen, og ikke til sykehjemslegen.

Nr 9 Sykehuset forholder seg til hjemmet også skal hjemmet forholde seg til oss igjen. Da er det av og til noe som detter. Da blir det et ekstra ledd. Så det vi har funnet ut er at det er greit å ringe sykehuset og spørre. Er det nye medisiner til denne pasienten?

3. Risiko for rutinesvikt i forbindelse med selve overføringene. Denne risikoen er bare så vidt berørt av informantene, men forholdet bekreftes ved at det framkommer i sykepleiedelen av journalene at pasienter som nylig har kommet hjem fra vekselopphold har blitt glemt .

Nr. 3 , ofte så er det ikke så godt å vite ... hva tid på dagen de kommer hjem, i forhold til når vi skal hjelpe de. For vi "pauser" de jo, vi skal jo få betalt, så hvis de kommer hjem, si mandag etter kl 14, så er det gjerne at de ikke er kommet på listene, arbeidslistene våre så sånn tror jeg det er litt avvik

4. Risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov er noe mer komplisert. På mange måter beskriver pleierne at de mener pasientene får godt stell og pleie. Men som dataene fra sykepleiejournalene viste, mangler felles mål og tiltak for pleien slik pleien framkommer i dokumentasjonen, det mangler ofte sammendrag av pasientens behov ved overføringer og mange beskriver at de gjør mye mer god pleie enn de gir uttrykk for i dokumentasjonen. På den måten er det vanskelig å videreføre pleien den enkelte får, og evaluere tiltakene, eller for den slags skyld etterprøve den. Dette området vakte engasjement hos alle.

Nr 7 I vårt yrke foregår mye læring i hendene, og det er mye uartikulert kunnskap, den kunnskapen der må dokumenteres og løftes fram ----Vi gjør det gjennom rapporter og gjennom pleieplan---- Ideelt sett så lager vi pleieplaner. Noen ganger er det avsatt litt tid.

...Ja, jeg er redd at viktig informasjon blir tapt i systemet. Enten at det er stum kunnskap at kunnskap som en person tar for gitt ikke blir dokumentert videre også blir ikke dette fulgt opp.

Det er heller ikke rapportert systematisk måling av om grunnleggende behov blir dekket, men noen av pleierne antyder svikt i forhold til forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Foruten det som er vist ovenfor med svikt i den helhetlige og kontinuerlige tjenesten antydes svikt i forhold til å få dekket sosiale behov og også usikkerhet i forhold til om de spiser nok når de er hjemme.

Nr.9 Ja det er nok det, og det er mye pga tidspress. Vi kunne skrevet masse avvik sikkert. Jeg tenker for eksempel på det sosiale at de ikke bare sitter... Sett at de er hjemme og er ensomme og deprimerte også kommer de inn her også og da er det viktig at vi setter oss ned og snakker med de og da kommer de liksom på gli.Ja jeg tror det er påvirkning i kostholdet at de bor to plasser. Når de er her inne så får de servert og da får de det lagt til rette og det settes fint. Som regel legger de på seg når de er her inne. Da er det kjekkere å spise. Så treffer de gjerne noen som var her sist gang og.

5. Risiko for at demente pasienter ikke får ivaretatt sine særlige behov godt nok er belyst i første del av kapitlet. Kvalitetsforskriften framhever særlig tilrettelegging for demente og andre som har vanskelig for å formulere sine behov. En sier det slik;

Nr. 3 Jeg tenker at det oppleves som stress, og forvirring for den demente, jeg vet i hvert fall om en vi ikke gir beskjed til før samme dag. For gjerne at de ikke vil det før de kommer der. Også når de har kommet der så er det helt greit, men de liker ikke den forandringen.

6.5 Avviksrapportering.

Informantene er samstemte om at avvik rapporteres og at det snarere er et kvalitetsstempel å ha mange avvik enn ingen.

Nr. 3 Vi skriver jo avvik og det synes jeg er veldig greit for det er jo ikke ute etter å ta noen, det er jo for å bedre systemet.

Noen sier det er en viss underrapportering fordi det tar tid å rapportere avvik, og at det av og til går litt i perioder. Andre sier at de rapporterer mye mer avvik angående kvalitet i tjenesten, men at de er mindre flinke til å dokumentere på avvik innen det som går på arbeidsforhold angående helse, miljø og sikkerhet, HMS.

Avviksrapportene som jeg fikk tilgang til (se kapittel 4), data fra journaler, og informantenes utsagn beskriver legemiddelfeil og fall som de to store områdene for avvik.

6.6 Vekselpleie et gode på tross av mangler og risiko.

På den ene siden har informantene beskrevet vekselplass som et gode, dersom pasienten ikke har en langt kommet demenssykdom. På den andre siden er det beskrevet flere betydningsfulle mangler i tjenestene rundt vekselpasienten. 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. De pårørende får god avlastning. Det som er mindre bra er at vekselpleie gir en ekstra utfordring når det gjelder kontinuitet og videreføring av pleie og behandling. Sykehusinnleggelser kompliserer dette forholdet. Ulike systemer for overføring av legeopplysninger, innbefattet opplysninger om legemidler, mangelfull dokumentasjon av pleien og manglende bruk av rutiner for bl.a. overføring av sykepleiedokumentasjon gir til sammen risiko for uønskede hendelser og mangler. Det framheves at selv om det hele tiden skjer mangler og avvik, er de sjelden eller aldri alvorlige, i den form at de gir helseskade eller død.

Nr 1 Men jeg føler at fall eller feil medisiner på brukeren, der føler jeg at vi er flinke å bruke avviksystemet.....det som sker er at det er så mange inne i bilde.Da er det jo alltid noe som ikke følger med. Men de store tingene blir jo fanget opp. Det er ikke slik at en mann, brekker foten også er det ingen som merker det.

Og informantene er samstemte om at det sjelden er alvorlige konsekvenser av disse manglende.

Nr. 12 så jeg har som sagt ikke opplevd noen graverende avvik, så har ført til alvorlige konsekvenser for pasienten. Men det er litt rart om det aldri skjer så jeg tenker at det kan nok skje innimellom bare at jeg aldri har opplevd det.

Ideelt sett regner informantene vekselpleie som en god og viktig tjeneste, men det er stor enighet om forbedringsområder. Mye av det som informantene oppgir som forbedringsområder gjelder organisering, hvordan ulike overføringer foregår og risikoområder. Derfor ligger sannsynligvis mange av disse forholdene utenfor det som den enkelte pleier har makt til å endre.

7.0 Drøfting

Funnene i denne undersøkelsen har vist at vekselpleie oftest er et gode for pasienter og pårørende. Men funnene har også vist at å ivareta kontinuitet i pleien til disse pasientene innebærer store utfordringer, og at mangel på kontinuitet kan innebære risiko.

I de første delene av dette kapitlet tilstrebes det å vise på hvilke nivåer kontinuiteten brytes, og hvilket aspekt ved kontinuitet som berøres i bruddene.

Ett av de områdene som medfører kontinuitetsbrudd er mangelen på sykepleiedokumentasjon. I andre del av kapitlet drøftes hvordan det kompenseres for manglende dokumentasjon. Deretter drøftes mulige bakenforliggende årsaker til denne manglende dokumentasjonen.

I siste del av kapitlet drøftes hvordan sikkerheten er truet innen de risikoområder som funnene i denne studien viser.

7.1 Kontinuitet på ulike nivå.

De kontinuitetsbrudd som framkommer i studien finnes på flere nivå og gjenspeiler ulike aspekter av kontinuitet:

- Innad i hjemmesykepleien og sykehjemsenheten
- Mellom hjemmesykepleien og sykehjem
- Mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem/hjemmesykepleie

7.1.1 Kontinuitet innad i hjemmesykepleie og sykehjemsenheten.

For å opprettholde kontinuitet i pleien må det finnes system for videreføring mellom skift. Denne studien har vist at systemer finnes, men at de har svakheter. Enhetene har etablert system for videreføring ved å;

- gi rapport i vaktskiftene
- motta rapport/lese eller bli lest for
- dokumentere erfaringene skriftlig i pleieplaner og evaluere disse kontinuerlig

Den type kontinuitet som foregår mellom vaktskiftene, gjenspeiler det Lindencrona (1987) kaller innholdsaspektet i kontinuitet. Da beskrives den ubrutte sammenhengen i en pleieperiode med hensyn til de mål som finnes, og planlegging og tiltak for å oppnå målene. Pasient, evt. pårørende og pleiernes kjennskap til og kunnskap om innholdet i pleien vil derfor være viktig. Dette kommer til uttrykk i dokumentasjonen, sier Lindencrona (1987). Journalstudiene og intervjuene i denne undersøkelsen bekreftet variert, ustrukturert og mangelfull dokumentasjon.

Det kan være grunn til å stille spørsmål om det finnes kompenserende ordninger for opplysningsoverføring innen enhetene når den skriftlige dokumentasjonen svikter, for eksempel i form av gode muntlige rapporter. Rapporter i vaktskifter praktiseres vanligvis i to ulike former, muntlig rapport eller "stille rapport" (Moen & Obstfelder, 2006, Bø & Meling, 2010). Bø & Meling (2010) viser at tradisjonell muntlig rapport baseres på høytlesning av den skriftlige dokumentasjonen. En av fordelene er at komplekse situasjoner kan beskrives med enkle ord, og at muntlig rapport gir rom for viktige forklaringer. I stille rapport leser den enkelte sykepleier status for den enkelte pasient tilsvarende de pasienter de har ansvar for den vakten. Bø & Meling (2010) viser at en kombinasjon av disse formene får fram helheten og ivaretar kompleksiteten. Enhetene i denne studien har muntlig rapport.

Vaktskiftene på sykehjemmet i denne studien kan tyde på at de prøver å kompensere for manglende dokumentasjon. For eksempel uttalte en informant at dersom hun hadde hatt fri noen dager eller skulle ha ansvarsvakt, spurte hun litt ekstra etter, eller leste selv i sykepleiedokumentasjonen. På et sykehjem vil en også ha anledning til å gå tilbake til kolleger eller dokumentasjon i løpet av vakten dersom en trenger "å vite mer om", og oppdatere seg gjennom mer uformell samtale. Moen & Obstfelder (2006) spør i sin undersøkelse angående elektronisk journalføring i kommunehelsetjenesten om uformelle kommunikasjonsmønstre, beskjedlapper (for eksempel om kostrestriksjoner i form av lapper på kjøkkenet) og andre uformelle informasjonsmekanismer faktisk er nødvendig for å håndtere arbeidsmengde og kontinuitet i pleien.

I hjemmesykepleien derimot viser funnene dårligere muligheter for å kompensere for

mangelfull overføring av pasientopplysninger enn sykehjemmet har.

For det første er den skriftlige dokumentasjonen minst like mangelfull her som på sykehjemmet. En årsak er åpenbart dårlig tid og konkurranse med andre presserende gjøremål, som for eksempel endringsmeldinger til bestillerkontor. For det andre har de knapp tid til de muntlige rapportene også. Ikke alle de 170 pasientene de betjener skal ha hjelp hver dag. Hjemmesykepleien er likevel en stor enhet der det er mange å motta opplysninger om på kort tid. Det er lite rom for spørsmål eller utdypinger før de går ut til pasientene, og ikke tid til å lese seg opp etter friperioder, til tross for at rapportene bare omhandler siste døgn. For det tredje er de muntlige rapportene i seg selv ikke en person-til-person overlevering (Aase et al. 2006), slik intensjonen er med muntlig rapport, men høytlesing fra en som ikke selv har skrevet dokumentasjonen. Da omtales alle pasientene som skal ha besøk den dagen, ikke bare de som står på listen til den enkelte.

Alt i alt må forholdene for overføring av opplysninger og kontinuerlig sykepleie innen enhetene, og i hjemmetjenesten spesielt, kunne sies å være dårlige. Forholdene medfører risiko for kontinuitetsbrudd innen enhetene og vedrører innholdsaspektet i kontinuitet, dvs hva som overføres mellom skift. Begge enhetene i denne studien har høy andel av deltidsansatte, og pasientene har mange "hoder" å forholde seg til. Dette stemmer med funn fra undersøkelser i pleie- og omsorgssektoren i andre norske kommuner (Riksrevisjonen 2009), og vedrører relasjonsaspektet i kontinuitet (Lindencrona 1987)

7.1.2 Kontinuitet mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

Veksel pasientene opplever kontinuitetsbrudd som følge av mangler innen informasjonsoverføring (innholdsaspektet) og kontinuitetsbrudd som følge av mange personer å forholde seg til (relasjonsaspektet). Dessuten bringer overflytting til en annen enhet inn et tredje aspekt innen kontinuitetsbrudd, det Lindencrona (1987) kaller organisasjonsaspektet. Denne form for kontinuitet knyttes til nivåer, organisasjonsformer eller administrative forhold som innvirker på forutsetning for å oppnå kontinuitet, sier Lindencrona (1987). Elektronisk dokumentasjonssystem, der sykepleieopplysninger kan overføres med et tastetrykk, burde derfor i denne sammenheng være en stor fordel. Men når det mangler

sammendrags/overføringsrapport eller innholdet i denne er sparsomt og det generelt manglende struktur og innhold i journalene, finnes en risiko for at viktige opplysninger kan ikke når den andre enheten. Bare unntaksvis suppleres opplysningene om pleien mellom enhetene muntlig ved hjelp av telefonkontakt. Det finnes nettverksmøter, men tidsmangel gjør at hjemmesykepleien sjelden deltar, ifølge informantene. Ellers skjer slik kontakt via koordinator på bestillerkontor. Journalene i denne undersøkelsen viste også at de problemområdene som var dokumentert, ikke nødvendigvis gjenspeilte seg i den andre enheten.

Disse forholdene er neppe enestående for denne studien. Statens helsetilsyn driver jevnlig kontroll av virksomheter innen sykepleietjenestene i kommunene. I en undersøkelse fra 2008 ble det gitt merknad der sykehjemmet bes forbedre helseopplysninger til hjemmesykepleien når beboere flytter hjem:

Helseopplysninger blir i hovedsak formidlet gjennom det elektroniske pasientjournalssystemet (Profil) som er felles for sykehjemmet og hjemmesykepleien i kommunen. Der er opplysninger om beboernes behov for sykepleie lite oversiktlig. For eksempel inneholder journalene en pleieplan som raskt bør kunne gi en oversikt over hvilke behov beboeren har for hjelp. De 16 pasientjournalene som ble gjennomgått viste gjennomgående mangelfulle og usystematiske pleieplaner. Planen blir ikke systematisk oppdatert ved overføring til hjemmesykepleien, og opplysninger som naturlig hører hjemme i pleieplanen finnes spredt i pasientjournalen og ellers i en papirbasert "Brukerperm". Pasientjournalssystemet (Profil) legger opp til en tydeligere strukturering av opplysningene enn hva tilfellet var i pasientjournalene som ble gjennomgått. Det blir ikke systematisk skrevet oppsummeringsnotat i pasientjournalen fra sykehjemsoppholdet ved overføring til hjemmesykepleien. Det blir heller ikke systematisk skrevet innkomstnotat med opplysninger om hvilke pleiebehov som er særlig aktuelle for oppholdet ved sykehjemmet.

Kommentar:

Oppsummeringsnotater når pasienten skifter mellom sykehjem og hjemmesykepleie kan være til god nytte for den som til enhver tid skal yte pleie, særlig hvis pleieplanen ikke er fullt oppdatert. (Statens Helsetilsyn 2008).

Et annet og alvorlig kontinuitetsbrudd på dette nivået er de vanskelige forhold leger og sykepleiere har for å overføre opplysninger om legemidler. Her vises til flere forhold som motvirker muligheter for umiddelbar og korrekt opplysningsoverføring. Det finnes for eksempel ulike ordninger innen sykehjemmene, der noen skanner papirbaserte tilleggsopplysninger angående legemidler, mens andre ikke kan eller har mulighet for det. Videre vises til ulike systemer med multidose/dosett og vanskeligheter ved

endringer i multidosesystemet. Fastleger er avhengig av epikriser (der beskjedene om legemidler finnes) i papirversjon. Alt dette gjør det svært komplisert, for ikke å si umulig, for sykepleierne og legene å etterleve den forordnede legemiddelhåndtering, uten at det forekommer kontinuitetsbrudd i forbindelse med overføring innen enheter.

En informant i hjemmesykepleien opplyser sågar at de noen ganger ser seg tvunget til å "låne medisiner" fra et uoffisielt lager, hvis pasienten i det hele tatt skal få medisinene sine, for eksempel første vekten etter korttidsopphold. Risikoen for misforståelser og uønskede hendelser er betydelig på dette området.

Feil i legemiddelhåndteringen gjenspeiles også i avviksmeldingene. I tillegg til at de ulike enhetene har ulike systemer som gjør det vanskelig å nå den andre enheten, er det ofte at epikriser med opplysninger om legemidler ikke engang er sendt fra fastlege til sykehjemmet eller motsatt. Statens helsetilsyn gir og merknader på disse områdene i deres rapport fra 2008.

7.1.3 Kontinuitet mellom spesialisthelsetjeneste og sykehjem/hjemmesykepleie.

Når dette nivået tas med i en studie som omhandler enheter innen kommunen er det fordi vekselpasienter som innlegges på sykehus får en tredje enhet å forholde seg til. Vekselpasienter er i likhet med andre eldre syke, oftest syke over tid, og/eller har en kronisk lidelse som forverres i perioder. Aase & Testad (2010) viser at enkelte pasienter i perioder kan kreve samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Noen ganger må begge nivåer delta samtidig, og i andre tilfeller flere deler av spesialisthelsetjenesten samtidig eller flere deler av kommunehelsetjenesten samtidig, som hos vekselpasienter. Ett eksempel på det er en av pasientene det vises til i intervjuene. Denne pasienten hadde vært til kontroll etter lårhalsbrudd på sykehus mens pasienten var på vekselopphold. Etter kontrollen ble epikrisen sendt til fastlegen og en infeksjon ble ubehandlet i flere uker.

Dette viser igjen at samhandling er komplisert og krevende og med dagens ulike og til dels uoversiktlige samhandlingsverktøy er kontinuitetsbrudd vanlig.

Danielsen & Fjær påpeker i tidsskriftet *Forskning* (nr.1/10) at i grenseflaten mellom

sykehus og kommune finnes problemer med sein postgang og dårlige telefonrutiner, og manglende kunnskap om hvilke organisatoriske betingelser den andre enheten jobber under. det er også behov for å øke oppmerksomheten kunnskapsoverføring når det gjelder pasientens tilstand og hjelpebehov. Dette viser at de problemene som finnes i grenseflaten mellom sykehus og kommune ligner mye på de problemene som ifølge denne studien finnes innen kommunen. For det andre bekrefter artikkelen risiko for kontinuitetsbrudd, ikke minst innen det organisatoriske aspekt, på dette nivået også.

7.2 Bakenforliggende årsaker til manglende sykepleiedokumentasjon

Denne studien viser mangler i struktur og innhold innen sykepleiedokumentasjon. Det stemmer med rapporter fra Statens helsetilsyn. For eksempel sier en tilsynsrapport fra Statens Helsetilsyn 2008:

Gjennomgang av journalopplysningar i kommunen sitt elektroniske dokumentasjonssystem Unique Profil, papirbaserte tiltaksplanar og diverse registreringar om einskilde bebruar, viste store variasjonar både når det gjeld innhald og omfang samt strukturering av nødvendige helseopplysningar. Dokumentasjon av vurderingar og pleietiltak når det gjeld generell hygiene, hud og sårproblem er organisert ulikt frå journal til journal. Sjølv med god tid, var det vanskeleg for tilsynslaget å få god oversikt over særlege pleiebehov. Jamt over manglar journalane opplysningar om bebruarane får dekkja grunnleggande behov for pleie og omsorg. (Statens Helsetilsyn 2008)

En av informantene uttalte dette om mangelfull dokumentasjon.

Nr. 1 Jeg føler vi sier det skulle vært så kjekt å gripe tak i noen brukere og gått grundig inn i problemstillingen, og lagd gode pleieplaner, men det har ikke vi tid til, vi har 10 minutter på en bruker, som kanskje skal ha både sårstell og medisin, også må vi være ute av døren igjen. Det går ikke.

Informantene i denne undersøkelsen var samstemte når det gjaldt tidsaspektet for å dokumentere, også på sykehjemmet. Dette stemmer også med andre undersøkelser om kvaliteten på sykepleiedokumentasjon. (Tunseth & Øvrebø 1988, Lofthus, 1994,

Lyngstad 2002, Moen & Obstfelder 2006). Foruten tid, oppgis det i disse studiene manglende kunnskap om dokumentasjon og i de siste undersøkelsene, (Lyngstad 2002, og Moen & Obstfelder 2006) også manglende kunnskap om elektronisk verktøy.

Det kan stilles spørsmål om sykepleiedokumentasjonen ville *blitt* mye bedre dersom det virkelig hadde vært tid og opplæring hadde blitt gitt. Manglende tid og mangel på kunnskap er på ulike måter del av rammebetingelsene for å utføre sykepleiedokumentasjon. I følge Reasons modell (2008) utfører personalet de handlinger som fører til den uheldige hendelser, men de dypere årsaker ligger som regel i systemet. Sykepleieren (eller hjelpepleieren) er den som innestår for dokumentasjonen, og dermed også fronter "feilen" i den skarpe enden i følge "sveitserostmodellen" i (Reason 2008). Den sparsomme eller manglende dokumentasjonen kan plasseres i kategorien feil plan, Reason (2002). Spesielt framhever Reason (2002) at i et komplekst system vil feilen ofte være latent i organisasjonen. Likevel er det individet som fronter og ofte får "skylden" for feilen (2008).

Burde ledelsen på de enkelte arbeidssteder 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 igjen? Det kan neppe være slik en informant hevdet at det er deres egen feil.

Nr. 7 Systemet legger ikke til rette for alle de lovpålagte arbeidsoppgavene våre. Å gå igjennom pleieplaner av og til, og se at det har noe med antall ansatte kontra pleietyngde ute. Det kan være litt vår egen feil, altså at vi ansatte for lenge siden ikke var flinke nok til å kommunisere behovet vårt oppad på en god måte, altså en må snakke politikerne sitt språk for å vinne fram, altså skyve ansvaret opp.

Lederne er, i følge 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. Det er ikke sanksjoner for manglende dokumentasjon. Skulle dette spørsmålet om sammenheng mellom driftsmodell og dokumentasjon blitt besvart, måtte den blitt målt

mot sykepleiedokumentasjon i en kommune der sonen i hjemmetjenesten ble drevet etter tradisjonelt budsjettssystem uten bestiller/utførersystem.

En annen bakenforliggende årsak til manglende dokumentasjon kan ligge i metoden for utførelse av dokumentasjonen, som i så fall er enda en bakenforliggende årsak til uønskede hendelser. 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 på og sikre disse for kontinuering og videreføring. Kan det være slik at sykepleien som utøves ikke passer inn i dokumentasjonssystemet, slik Martinsen (1991) synes å mene når hun hevder at sykepleie reduseres til målrasjonalisme og problemløsning. Mye kan tyde på at det trengs tydeligere avklaring for å *skille* mellom sykepleie og sykepleiedokumentasjon, der sykepleiedokumentasjonen må framheves som en delmengde av sykepleien.

Ytterligere en latent årsak til sviktende dokumentasjon kan være at når sykepleieprosessen sies å ligge til grunn for sykepleiedokumentasjon er det ikke hele prosessen som gjenspeiles, men deler av den problemløsende metode. For det første innebærer sykepleieprosessen, slik den opprinnelig ble beskrevet, en kontinuerlig samhandling mellom pleier og pasient. Dette innebærer en orientering mot at sykepleien dokumenteres i samhandling med pasienten. For det andre er ikke alle leddene i sykepleieprosessen i bruk i CosDoc.

En slik samhandling og samtidig bruk av alle leddene i sykepleieprosessen ville også være i tråd med kravet om brukermedvirkning i kvalitetsforskriften (2003), det ville synliggjort på hvilke områder det var viktigst å kontinuere pleien og det ville gitt økt sikkerhet fordi pasienten selv kan korrigere beskrivelser eller gi tilleggsopplysninger. "It is important to recognise that the human factor, especially in medicine, is also the last and most important defence against adverse events" (Reason 2001, s.29).

Dette kan gjøres ved at pleieren leser opp for pasienten, evt. pårørende hva hun har skrevet, eller pasienten leser selv og godkjenner eller foreslår endringer i det som er dokumentert. På den måten kan det samtidig sikres at pasientens egne ressurser tas i bruk, slik blant annet Henderson framhever som sentralt i sin teori om sykepleie

(Kristoffersen, 2006). Neste skift/enhet vil kunne lese grad av hjelpebehov før de møter pasienten. Videre kunne brukermedvirkningen vært synliggjort i sykepleiedokumentasjonen ved å framheve pasientens egen beskrivelse av behov/problem og ved å understreke hvilke relevante ressurser pasienten har. Slike pleieplaner med maler for beskrivelser fantes/finnes i papirversjoner på læresteder og i kommuner (UiS 2010, Sandnes kommune 2000), men de ser ut til å ha forsvunnet med innføringen av elektroniske utgaver av pleieplaner.

Følgende tenkte eksempel kan illustrere hvordan datainnsamlingen med nærmere beskrivelse av pasientens problem og ressurser kunne ivarett kontinuitet og sikkerhet:

- Data om aktivitet og forflytting: Pasienten er vanligvis litt svimmel, har nedsatt kraft i begge bein og er begynnende glemsom
- Problem: Fare for fall relatert til svimmelhet, nedsatt kraft i beina og lett grad av glemsomhet
Beskrivelse av problem: Noen ganger glemmer pasienten sin egen situasjon, tror at kreftene er som før og reiser seg for å gå
- Ressurser: Pasienten klarer å forflytte seg selv med tilsyn og tilgjengelig rullator. Pasienter har ønske om påminnelser og tilrettelegging
- Mål: Pasienten er fri for skade etter fall, og kjenner seg ivarett
- Tiltak:
 - Tilgjengelig ringesnor
 - Sengehest om natten etter pasientens ønske
 - Tilsyn minimum annen hver time
 - Hele sko med gummisåle når hun/han er oppeosv.
- Evaluring: For eksempel at pasienten har vært mer forvirret enn han/hun pleier i dag og det foreslås å øke tilsynet til hver time.

Tunset & Øvrebø (1988) sier blant annet at det er en forutsetning for bruk av sykepleieprosessen at det skjer en dokumentasjon av alle leddene. Alle leddene har våre informanter dårlige vilkår for å gjennomføre. Det kan igjen være grunn til å spørre om bestiller/utfører modellen og utforming av dokumentasjonen i CosDoc. påvirker de ansatte på den måten at de ikke rekker å ha et eierforhold til dokumentasjon om sine pasienter og heller ikke får utøvd faglig skjønn. Disse påpekninger om bakenforliggende årsaker til manglende dokumentasjon har også likheter med det Sanvand & Vabø (2007) hevder som årsaker til manglende dokumentasjon.

7.3 Er det farlig å være vekselpasient?

I denne studien har det kommet fram at pasienter, pårørende og helsepersonell mener at vekselpleie er et gode for de fleste pasienter. Selv om det også er kommet fram at uønskede hendelser skjer og det er mange avviksmeldinger, er det ikke påvist alvorlige helseskader eller død i forbindelse med disse avvikene. Det som er hyppigst nevnt blant informantene er fall, og det har skjedd benbrudd i forbindelse med fall. Denne type avvik kan minimeres ved tiltak, men neppe elimineres uansett hvor sikkert det tilrettelegges. Når pleiere og pasienter ifølge pleierne er fornøyde med tjenesten vekselplass, og liten helsemessig skade eller død som følge av avviksmeldinger forekommer, burde det kanskje si at denne studien bekrefter at vekselpleie er en tjeneste som inneholder god og sikker pleie.

Men for pasientene er alternativet til vekselplass enten å være hjemme hele tiden med hjemmesykepleien, eller fast sykehjemsopphold. Noen pasienter har behov for denne mellomløsningen som vekselplass representerer, og slik sett er vekselplass som ide og utforming en tjeneste som samfunnet er tjent med, som det er venteliste på og som det ifølge informantene burde vært flere av.

Men kravet til at innholdet i tjenesten skal være sømløst og ivareta pasienters grunnleggende behov kontinuerlig er vanskelig å innfri. I den definisjonen av pasientsikkerhet som er brukt her, der pasientsikkerhet defineres som det å forhindre, forebygge eller begrense *uheldige konsekvenser* (min utheving) eller skader som følge av helsetjenesteprosesser (Vincent, 2006) er det tydelig at uheldige konsekvenser forekommer innen de ulike nivåene og i grenseflatene mellom nivåene. Og det er flere

områder for forbedring av tjenestene når det gjelder pasientsikkerhet.

Det ene tydelige området der uheldige, men kanskje ikke farlige konsekvenser kan ses er innen overføring av opplysninger av legemidler. Når dette får færre konsekvenser enn omfanget skulle tilsi, kan det være fordi det finnes barrierer i systemet i henhold til Reasons "sveitserost" teori (2008). Når det er glemt et legemiddel en dag i en dosett eller i multidosen, vil feilen være slående for neste skift og dermed raskt bli oppdaget, slik at det er sjelden pasienter får feil medisin over tid. På samme måten kompenserer pleierne ofte for forsinkede overføringer av opplysninger, ved at de gir beskjed til fastlegen neste dag når pasienter er kommet hjem fra sykehjem uten medisiner og uten myndighet til hjemmesykepleien for å få tak i nye medisiner. De oppdager feilen og gir beskjed til fastlegen (eller i verste fall tar fra et ulovlig lager) så pasienten er hjulpet fram til systemet fungerer.

Ovenstående funn bekrefter at svikt i informasjonsflyten innad i kommunen ligner det andre har funnet om overføringer av opplysninger mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (Aase & Testad, 2010, Danielsen & Fjær, 2010). Det finnes pågående prosjekter som jobber med informasjonsflyt som skal sikre tjenestene både mellom nivåene og innad i kommunen. ELIN-k er et slikt prosjekt som handler om elektronisk informasjonsutveksling med utgangspunkt i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Det har til formål bidra til bedre og mer samhandling for å sikre pasientene helhetlige forløp i helse-og omsorgskjeden. (Status utvikling ELIN-k 2010).

Det andre mest tydelige området med uheldige konsekvenser er mangelfull sykepleiedokumentasjon, forsterket av vekslende og til dels dårlige forhold for informasjonsoverføringer i vaktskiftene. Det henger videre sammen med at overføringer mellom nivåene innen kommunehelsetjenesten noen ganger mangler overføringsrapporter og disse har liten tilleggsoverføring i form av muntlige samtaler. Endelig er vekselpleie utsatt for en ekstra risiko for glipp av informasjon i forbindelse med sykehusinnleggelser. Dette skyldes at informasjonssvikt fra sykehus om vekselpasienten skal nå to enheter innen kommunen.

Er så følgene av disse sikkerhetsmessige forhold så store at det er farlig å være

vekselpasient? Denne studien gir grunn til å anta at det neppe er farlig på kort sikt, og at som informantene sier, for de fleste er vekselopphold en fordel. Men på lengre sikt er der risiko for mangel på oppfyllelse av grunnleggende behov, og dermed risiko for svikt/uønskede hendelser for pasient. I en travel hverdag med ustrukturert og lite sammenhengende dokumentasjonen og komplekse sykdommer hos pasientene, kan den risikoen sies å være skjult. Organisasjoner med komplekse oppgaver og strukturer gir økt risiko for at årsaker til feil og mangler forblir uoppdaget (Reason 2008). I sykepleiedelen av pasientjournalene er det dokumentert noe, men dokumentasjonen etterkommer ikke standarder og krav til dokumentasjon. Reason (2002) hevder at de kunnskapsbaserte feilene er de vanskeligste å oppdage. Ved nærmere gjennomgang er det likevel tydelig at det som er dokumentert, ikke gjenspeiler om pasienten får dekket sine grunnleggende behov av sykepleierne, når pasientene ikke har krefter, evner eller kunnskap til å gjøre det selv. For å oppnå kontinuitet, og derved økt sikkerhet for vekselpasienter, ville et bidrag være at de ansatte hadde fått økt kunnskap om, tilrettelegging for, og krav fra ledelsen om mer sykepleiedokumentasjon. Det betinger videre at pasienten er involvert og det betinger litt andre former for informasjonsoverføring der gjeldende normer for sykepleiedokumentasjon blir etterlevd. Det ville gitt mer kontinuerlige helsetjenester til vekselpasienter, med større sikkerhet for overføring av opplysninger og mindre risiko for at grunnleggende behov ikke blir oppfylt. Spesielt er det viktig at pasienter som ikke kan uttrykke sine behov får pleien ivaretatt gjennom grundig dokumentasjon av deres spesielle behov, og at disse pasienter evt. kan komme til orde gjennom pårørende eller andre som kjenner pasienten godt, slik at også brukerperspektivet til denne pasientgruppen ivaretas.

8.0 Konklusjon

Denne undersøkelsen viser at vekselpleie som *tjenesteutforming* er en god ting som mange pasienter har nytte av, og at det er en god mellomløsning for pasienter som klarer seg marginalt hjemme, men ikke er modne for sykehjem. Men studien viser også at for demente pasienter som er kommet et stykke i sykdomsutviklingen kan vekselpleie være det motsatte av et gode.

Når det gjelder *innholdet i tjenesten vekselpleie* viser imidlertid denne studien at tjenesten viser svikt i forhold til gjeldende krav. Dette medfører risiko innen flere områder. De viktigste er:

1. Risiko for at informasjon ikke kommer videre og fører til uønskede hendelser innen legemiddelhåndtering. Epikriser fra fastleger og sykehjemsleger er i papirversjoner og sendes i posten. Det medfører at opplysningene pleierne trenger vanligvis ikke foreligger når pasienten har skiftet tjenestested.
2. Risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov. Dette henger sammen med svikt i sykepleiedokumentasjon, samt manglende opplysninger om pasientens behov i overføringsrapporter. Videre viser studien at demente pasienter som ikke kan utrykke sine behov er særlig utsatt for ikke å få sine grunnleggende behov dekket.
3. Risiko for at informasjon ikke kommer til rett sted og til rett tid etter at vekselpasienter har vært på sykehus. Opplysninger fra spesialisthelsetjenesten går til fastlegen og derved kan det skje glipp hvis pasienten er i sykehjemsfasen av vekseloppholdet.

8.1 Svarene på forskningsspørsmål.

1. *Hvordan påvirker kontinuitet sikkerheten til vekselpasienter?* I vekselpleie skal behandling og pleie videreføres fra et tjenestested til et annet, der et nytt sett med pleiere skal overta i en periode. Studien har vist at det kan forekomme mangler i overføring av opplysninger om legemidler. Da blir det kontinuitetsbrudd og det utvikles

risiko for uheldige hendelser. Studien har også vist at det forekommer mangler i opplysningsoverføring om pasientenes grunnleggende behov og hvordan disse behovene arter seg for den enkelte (Henderson 1986). Når disse forholdene viser svikt kan en komme til å miste "den røde tråden" i behandling og pleie, noe som igjen medfører risiko og truer sikkerheten, særlig på lang sikt.

2. Hvorfor er sykepleiedokumentasjon viktig for å ivareta sikkerhet og kontinuitet ?

Studien har bekreftet at kontinuitet også har sammenheng med god sykepleiedokumentasjon. Det er fordi vekselpleie i enda større grad enn annen pleie er innrettet mot stadige overleveringer. De fleste offentlige pleietjenester er preget av mange ansatte i deltidstillinger, hyppige vaktskifter og samhandling med andre tjenesteder og tjenestenivåer. I denne studien er sykepleiedokumentasjonen sparsom og studien viser at mangel på dokumentasjon gir risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov. Studien viser også at de muntlige overleveringene i vaktskifter ikke alltid kompenserer for manglende dokumentasjon. Vekselpasienter innebærer en ekstra utfordring for pleiere og behandlere fordi de veksler mellom ulike tjenestesteder. Da er det likevel positivt at vekselpasienter ved skifte av tjenested "blir overlevert" til pleiere som i stor grad kjenner dem fra før. Derfor kan manglende sykepleiedokumentasjon i noen grad kompenseres for ved at vekselpleie er en vedvarende tjeneste der pleierne etter hvert er innforstått med pasientenes behov.

3. Hvordan kommuniserer tjenesteaktørene rundt vekselpasientene?

Sykepleiedokumentasjon er *en* måte tjenesteaktørene rundt vekselpasienter kommuniserer på. Denne studien har i likhet med andre (Ask 2007, Bø & Meling 2010 og Moen & Obstfelder 2006) vist at dette ikke er nok. Innad i sykehjemmet finner jeg i denne studien at sparsom sykepleiedokumentasjon i noen grad kompenseres av at aktørene rundt vekselpasienten har mer utfyllende muntlige rapporter i vaktskiftene og kommunikasjon med hverandre i løpet av vekten. Her kommuniserer pleierne også godt med sykehjemslegen både skriftlig og muntlig. Mellom de to enhetene kommuniserer de to legene som har ansvar for vekselpasientene derimot sparsomt. Kommunikasjonen foregår oftest gjennom brev i posten. De to enhetene har forholdsvis lite kommunikasjon seg i mellom, fordi overføringsrapporter er sparsomme og kommunikasjon ellers foregår formelt via koordinator på bestillerkontor. Studien har i

mindre grad gitt sikkert svar på hvilken betydning det har at koordinator er bindeledd mellom enhetene. Derimot viser studien at pårørende utfyller som et bindeledd mellom enhetene. Innad i hjemmesykepleien viser kommunikasjonen mellom fastlege og pleiere også svikt, men studien har også vist at hjemmesykepleien har mekanismer for å kompensere for mangelfulle opplysninger som følge av dette. Når pleierne i hjemmetjenesten ikke alltid kommuniserer like mye seg i mellom, viser studien at stort tidspress og forholdsvis dårlige rammevilkår ellers er årsak til det.

4. Hvordan er rammebetingelser og organisering av tjenestene for de som skal ivareta sikkerhet og kontinuitet til vekselpasienter? Rammevilkårene viser begrensninger som gjenspeiles i kvaliteten på muntlige rapporter og muligheter for sykepleiedokumentasjon, særlig i hjemmesykepleien og innen legemiddelhåndtering i begge enhetene. Disse forhold berører derfor også kontinuitet og sikkerhet i pleien til vekselpasienten. Studien gir ikke sikkert svar på om *organiseringen av tjenestene* er medvirkende årsak til begrensninger for utøvelse av pleie til vekselpasienter. I så fall måtte organiseringen vært sammenlignet med andre måter å organisere tjenesten på.

Ellers viser studien også at de forhold som er utfordrende i pleie av vekselpasienter ligner mye på de utfordringer som finnes når pasienter forflyttes mellom tjenestenivå for eksempel mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Alt i alt viser denne studien at pleien til vekselpasienter har særlige utfordringer innen overføring av opplysninger, særlig innen opplysninger om legemidler og sykepleiedokumentasjon. Ved å vektlegge forbedringer på disse områder vil trolig også sikkerheten og kontinuiteten i pleien til vekselpasienter forbedres.

8.2 Implikasjoner for praksis.

På bakgrunn av funnene i denne studien anbefales følgende:

- Lederne i de ulike enhetene må kreve like mye dokumentasjon av utført sykepleie og plan for pleie som de krever dokumentasjon av brukt tid.
- Den enkelte pleier må ansvarliggjøres og gis rammebetingelser for å dokumentere sykepleien. Tilgjengelig verktøy må brukes etter intensjonen der alle leddene i sykepleieprosessen anvendes, også datasamlingen.
- Overføring av opplysninger der pasientenes behov for sykepleie framkommer må

være ufravikelige rutiner ved skifte av tjenestested.

- Tjenesten anbefales å tilstrebe en organisering som i større grad prioriterer målet om primærsykepleie. Derfor anbefales at datasamlingen angående pasientens pleiebehov foretas av primærsykepleier, som deretter har et gjennomgående hovedansvar for pleien og pleieplanen.
- Hele stillinger bør opprettes og utlyses av arbeidsgiver og gjøres attraktive for arbeidstaker i langt større grad enn det som er tilfelle i dag. Det betinger synliggjøringer av kostnadene forbundet ved større stillinger, samt planlegging og budsjettering for slike stillinger.
- Systemer for informasjonsoverføring for organisatoriske deltjenester innen tjenestenivå og mellom tjenestested må gjøres likere. Videreutvikling av dette må ses på som en vedvarende prosess.

8.3 Videre forskning.

Brukerne, eller pasientene, i denne undersøkelsen har ikke uttalt seg om sin opplevelse av å være vekselpasient. Deres opplevelser av vekselpleien ville vært interessante, og kunne tilført en ny dimensjon til vurderingen av hvordan pleien til vekselpasienter er ivaretatt. En slik undersøkelse anbefales som videre forskning.

En studie som sammenligner bestiller/utførermodell med mer tradisjonell organisering av tjenesten ville gitt mer kunnskap om hvordan organisering av tjenesten påvirker utførelsen, og anbefales også som et område for forskning.

Kommunehelsetjenesten ivaretar etter hvert ansvaret for pleien til en stor og mangeartet gruppe pasienter. Mange av disse veksler mellom tjenestesteder innen kommunen. For eksempel er det mange eldre som har sporadiske korttidsopphold uten den forutsigbarheten som vekselpleie innebærer. Det kunne også vært interessant å få belyst gjennom forskning om pleien til disse pasientene har de samme utfordringer som vekselpasienter.

En annen brukergruppe med kommunale tjenester er psykisk utviklingshemmede. Noen av disse mottar tjenesten "avlastningsbolig" og har på samme måte som vekselpasienter regelmessige avlastningsopphold i kommunal bolig, slik at de veksler

mellom hjem og institusjon. Denne brukergruppen har andre mål for oppholdet enn vekselpasienter og er ivaretatt innen en annen del av kommunehelsetjenesten med ulik historie, tradisjon og kultur. Det ville derfor vært veldig interessant å gjennomføre forskning på ivaretagelsen av sikkerhet og kontinuitet av helsen til denne brukergruppen. Den sistnevnte brukergruppen har i likhet med demente pasienter ikke de samme redskap som mentalt friske personer til å kjempe for sine grunnleggende behov.

Enten tjenestemottakere kaller seg brukere eller pasienter er det genuint viktig med pårørende som bryr seg, gode brukerorganisasjoner og respekt i samfunnet for deres iboende verdighet innbefattet trygge kommunale helsetjenester . For å få mer kunnskap om hva som må til for at disse pasientene kan oppleve sikre tjenester fri for uønskede hendelser trengs forskning.

Referanser

Aase, K., (2010) *Hendelser - begreper og omfang*. I Aase, K (2010), *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*.(red.).Oslo: Universitetsforlaget

Alvsvåg, H. (1997) *Sykepleie – mellom vitenskap og pasient*.
Bergen: Fagbokforlaget

Ask, V., H. (2006) *Vaktskiftepraksis og pasientsikkerhet. En casestudie av stille og muntlig rapport ved Kvinne-/Barneklirikken, Stavanger Universitetssykehus*.
Masteroppgave i samfunnssikkerhet, Samfunnsvitenskapelig fakultet,
Universitetet i Stavanger.

Berge, A., Hellesø, R. & Moen, A. (2008) *Sykepleieres journalføring*
Oslo: Akribe

Burke, J., Smith, L.N., Sveinsdóttir, H. & Willman, A. (2008) *Patient safety in Europe: medication errors and hospital-acquired infections*.
Glarscow:Workgroup of European Nurse Researchers

Bø, B. & Meling M. (2010) *Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten*. I K. Aase.
(Red.). *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*.Oslo: Universitetsforlaget.

Carlsen, L.B. (1982) *Primærsykepleie*
Oslo: Gyldendal

Danielsen, B. V. & Fjær, S.(2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 1(10). (29 -34)

Ekeland, T.J. & Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering* . I T.J. Ekeland og K.Heggen(Red.).Oslo: Gyldendal

Field, T.,S. et.al (2001). Risk Factors for Adverse Drug Events Among Nursing Home Residents. *Arch Intern Med*. 2001; 161: 1629 – 1634

Firth -Cozens, J. (2004) Organisational trust: the keystone to patient safety.
Quality and Safety in Health Care 13(1), 56-61

Gilje, N & Grimen, H (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*
Universitetsforlaget, Oslo

Gurwitz, J., H. (2003) The incidence and preventability of adverse drug events among
older persons in the ambulatory setting *The Journal of American Medical*
Assosiation. 2003, 289 (7) 1107

Hansen, M.T., Nohria, N., Tierny, T., 1999. What's your strategy for managing
knowledge? *Harvard Buisness Review*, Mars-April: 106- 116

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsetilsynet (2010) *Rapport frå tilsyn med helse- og sosialtenester i Time kommune 2010*
Tilgjengelig fra : <http://www.helsetilsynet.no>

Helsetilsynet (2008) *Rapport frå tilsyn med skjerma eining for demente ved*
Sivdamheimen Time kommune 2008 Tilgjengelig fra : <http://www.helsetilsynet.no>

Helsetilsynet (2008) *Rapport fra tilsyn med sykehjemsavdelingen ved Lunde bo- og*
aktivitetssenter Sandnes kommune (2008) Tilgjengelig fra :
<http://www.helsetilsynet.no>

Henderson, V.A., (1982) The nursing process – is the title right?
Journal of advanced nursing 7(1) s. 103- 109

Henderson, V. (1986) *Sykepleiens grunnprinsipper ICN*
Oslo, Norsk Sykepleierforbund

Henderson, V. A., (1988) *Sykepleiens natur*

Oslo: Universitetsforlaget

Hjort, P. F., (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Hollnagel, E., Woods, D., D., & Leveson, N. (Red.). (2006) *Resilience Engineering Concepts and Precepts* USA: Ashgate

Joint Commision (2007). *Nine Patient Safety Solutions*

Tilgjengelig på: <http://www.ccforspatientsafety.org/patient-safety-solutions/>

KITH(2003). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Nasjonal standard. Tilgjengelig på: www.kith.no

Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug (Red.). (2006) *Grunnleggende sykepleie*

Oslo: Gyldendal akademisk

Kohn, L.T., Corrigan J.M. & Donaldsen M.S. (Eds). (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, D.C: National academy press

Kvale, Steinar (2008) *Det kvalitative forskningsintervju*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Lofthus, E., (1994) *Dokumentasjon av sykepleie*

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap

Lyngstad, M., (2002) *Sykepleiedokumentasjon og informasjons- og*

kommunikasjonsteknologi i sykehjem. Universitetet i Bergen: Seksjon for sykepleievitenskap

Malterud, K., (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*

Oslo: Universitetsforlaget

- Moen, A., & Obstfelder, A., (2006) *The Electronic Patient Record in Community Health Service – paradoxes and adjustments in clinical work*
Stud Health Technol Inform, 2006; 122: s. 626 – 630
- NOU 1997: 17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*
Helse- og omsorgsdepartementet
- Orem, Dorothea (2001) *Nursing, concepts of practice*
Mosby, A Harcourt Health Sciences Company
- Perrow, (1999) *Normal Accidents: Living with High- Risk Technologies*
USA: Princenton University Press
- Polit, D. F. & Beck, C.T., (2004) *Nursing Research: Principles and Methods*
New York: Lippencott
- Polit, D. F. & Beck, C.T., (2006) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization.* New York: Lippencott
- Reason, J. (2008). *Managing the risk of Organizational Accidents.*
England: Ashgate Publishing Limited.
- Reason, J. (2002). *Human error.*
New York: Cambridge University Press
- Reason, J. (2001). *Understanding adverse event: the human factor.* I: Vincent, C.
2001(Red.). (s. 9 – 30). *Clinical risk management : enhancing patient safety*
London: BMJ Books
- Riksrevisjonens adm. rapport nr. 1/09 *Undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie og omsorgstjenestene til eldre.* Stortinget: Kontroll og konstitusjonskomiteen

Rodwell, C.M. (1996) *An analysis of the concept of empowerment.*

Journal of Advanced Nursing, 23: 305 – 313 (8 s.)

Rosenthal, M.M. & Sutcliffe, K.M., (2002) *Medical error*

San Francisco: Jossey - Bass

Sandvand, E. & Vabo, G., *Dokumentasjon i sykepleien.*

Kristiansand: Høyskoleforlaget

Status utvikling ELIN-k per 12.05.2010

Tilgjengelig på http://www.kith.no/templates/kith_WebPage___2832.aspx

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*

Bergen: Fagbokforlaget

Thornquist, E.(2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*

Bergen: Fagbokforlaget

Thornquist, E., (2006) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*

Bergen: Fagbokforlaget

Tomey, A. M & Alligood, M.R., (2006) *Nursing Theorists and Their Work*

Missouri USA: Mosby Elsevier

Tunset & Øvrebø (1988)*Sykepleierapporter – idealer og realiteter*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vincent, C., (2006) *Pasient safety.*

London:Elsevier

Vincent, C., (2003) Understanding and Responding to Adverse Events. *The New England*

Journal of Medecine. Nr 11 (348), 1051- 1056

Wiig & Hansen (2010) *Risikopersepsjon på tvers*. I Aase (red.). *Pasientsikkerhet teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget

Lover, forskrift og (rundskriv):

- Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasient- rettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64: Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov av 22 desember 2006 nr: 99 Lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helshjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse).
- Forskrift av 18. november 1987 nr. 1153: Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste
- Forskrift av 14. november 1998 nr. 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift av 14. april 2000 nr. 328, Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385: Forskrift om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjen-1997)
- Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982

PRESENTASJON AV INFORMANTENE
Stilingskategori, stillingsstørrelse og erfaring i nåværende jobb.

Hjemmetjenesten:

Informant nr. 1 Sykepleier, $\frac{3}{4}$ stilling, 8 års erfaring

Informant nr. 2 Sykepleier, $\frac{3}{4}$ stilling, 3 års erfaring

Informant nr. 3 Hjelpepleier, $\frac{3}{4}$ stilling (jobber i praksis full stilling), 3 års erfaring

Informant nr. 4 Lege, full stilling, bydelsoverlege og fastlege, ansvarlig for logistikk og samhandling, inklusiv sikkerhet. Mer enn 20 års erfaring.

Informant nr. 7 Sykepleier, full stilling, 5 års erfaring

Informant nr. 8 Sykepleier, full stilling, 8 måneders erfaring, nyutdannet

Sykehjem

Informant nr. 5 Sykepleier, full stilling 3 års erfaring

Informant nr. 6 Sykepleier, 80% stilling, 17 års erfaring

Informant nr. 9 Sykepleier, 10 års erfaring, 82% stilling, (jobber 100% i praksis)

Informant nr. 10 Sykepleier, $\frac{3}{4}$ stilling, 2 års erfaring

Informant nr. 11 Hjelpepleier, full stilling, 23 års erfaring

Informant nr. 12 Lege, 8 måneders erfaring

Vedlegg nr.1



Universitetet
i Stavanger

Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Merethe Rusdal er student ved Masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Merethe Rusdal har valgt å arbeide med følgende tema:

Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv

Arbeid med masteroppgaven må følge forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) – Personvernombudet, november 2009.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: Professor Karina Aase, Universitetet i Stavanger.

Arbeidet forventes slutført: juni 2010

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 30.11.09

Bodil Furnes
1.amanuensis
Faglig ansvarlig

Helene Hanssen
1.lektor
Studiekoordinator

(sign)
Karina Aase
professor
Veileder

Vedlegg nr. 2

Virksomhetsleder
sykehjem

Virksomhetsleder
Hjemmebaserte tjenester

2. desember 2009

SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELT

Jeg viser til tidligere samtaler og oversendte prosjektplan i forbindelse med min påbegynte masteroppgave.

Jeg er som nevnt tidligere sykepleier og mastergradstudent ved UiS i *Helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv*, 2008 – 2010 og skal skrive min masteroppgave om vekselpleie.

Tittelen på oppgaven er " Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv".
Problemstillingen er " Hvorledes opprettholdes og ivaretas sikkerheten til vekselpasienter".

Min veileder er professor Karina Aase ved Institutt for helse ved UiS. Hennes telefonnummer er 51 83 15 34

Det foreligger nå godkjenning fra NSD, vedlegg 1.

Opplegget for undersøkelsen er som følger:

1. Kartlegging og beskrivelse av forskningsfeltet. Se og prosjektplan
2. Gjennomgang av journalene til vekselpasientene. Se også vedleggene 2 og 3.
3. Intervju av ansatte i begge enhetene. Se også vedleggene 4 og 5.

Jeg har ønske om å starte undersøkelsene snarest og forventer å være ferdig hos dere i løpet av mars 2010. Tidspunktet for undersøkelsene i din virksomhet vil bli avtalt.

All informasjon vil bli behandlet konfidensielt og etter mal som beskrevet i informasjonsskriv til pasienter og til informanter. Det vil si at ingen opplysninger vil kunne føres tilbake til de pasientene jeg har lest om, eller de ansatte som er blitt intervjuet. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, transkribert og slettet etterpå. Som sykepleier er jeg også underlagt taushetsplikten.

Med vennlig hilsen

Merethe Rusdal
Mobil: 40008467
e-post mr@netpower.no

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til pasienter
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring fra pasienter
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til ansatte
Vedlegg 5: Informert samtykke fra ansatte
Vedlegg 6: Introduksjonsbrev fra UiS

Vedlegg nr 3

INFORMASJON OM MASTERGRADSTUDIE TIL PASIENTER SOM HAR VEKSELPLASS VED SYKEHJEM

Mitt navn er Merethe Rusdal. Jeg er sykepleier og mastergradstudent ved Universitet i Stavanger, Institutt for Helse. Jeg har tidligere arbeidserfaring fra sykehjem og hjemmesykepleien i Sandnes kommune, og jobber nå deltidsstilling som lærer for sykepleierstudenter ved siden av selv å være student. Jeg har startet arbeidet med oppgaven min som jeg har kalt "Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv"

Formålet med oppgaven er å undersøke om måten pleien til vekselpasienter er planlagt, utført og nedtegnet i journalen på samsvarer med krav til sikkerhet og kontinuitet i pleien. Problemstillingen i oppgaven har jeg kalt: "Hvorledes ivaretas og opprettholdes sikkerheten til vekselpasienter". Med sikkerhet menes her sikkerhet for fravær av uheldige hendelser og ivaretagelse av grunnleggende behov

Som en del av undersøkelsesmetoden ønsker jeg å se på hvilken måte opplysninger om sykepleien som blir gitt til deg er rapportert og således videreført mellom enhetene som du veksler mellom, det vil si hjemmesykepleie og sykehjem. Da trenger jeg ditt skriftlige samtykke til å lese i journalen din. Samtykke gjelder kun den journalen som benyttes her ved sykehjemmet og i hjemmesykepleien.

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten forklaring.

Det får ingen konsekvenser for forholdet ditt til sykehjemmet eller hjemmesykepleien om du gir samtykke eller ei, eller om du skulle ønske å trekke samtykke tilbake på et senere tidspunkt.

Opplysningene behandles konfidensielt og bare av meg, og alle opplysninger som kommer fram og som brukes i oppgaven vil bli anonymisert, ingen navn vil bli gjengitt, heller ikke hvilket sykehjem undersøkelsen foregår på vil framkomme i oppgaven. Etter at studien er ferdig vil alle opplysninger som kan spores tilbake til personer bli slettet fra datamaskinen min. Som sykepleier er jeg også ilagt generell taushetsplikt. Studien forventes ferdig senest ved utgangen av november 2010.

Min veileder på denne oppgaven heter Karina Aase, hun er professor i sikkerhet og er ansatt på Institutt for helse ved Universitetet i Stavanger. Hennes telefonnummer er 51831534

Dersom du lurer på noe mer eller har spørsmål om oppgaven kan du kontakte meg på telefon 40 00 84 67, personalet på sykehjemmet eller i hjemmesykepleien kan også være behjelpelig med å få tak i meg.

Vennlig hilsen

Merethe Rusdal
Sykepleier og student
mr@netpower.no

Vedlegg nr 4

SAMTYKKEERKÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og gir tillatelse til innsyn i journalen min til mastergradstudent Merethe Rusdal sitt prosjekt: "Vekselpåleie i et sikkerhetsperspektiv".

Det er frivillig å delta og jeg kan når som helst trekke tilbake mitt samtykke uten forklaring.

Det får ingen konsekvenser for mitt forhold til hjemmesykepleien eller sykehjemmet om jeg skriver under eller ei.

Jeg er også informert om at alle opplysninger som kommer fram og opplysninger i oppgaven er anonymisert.

Stavanger den-----

Navn:-----

Invitasjon til individuelle intervju

Bakgrunn: Mitt navn er Merethe Rusdal, jeg er utdannet sykepleier og har yrkeserfaring fra SuS og Sandnes kommune.

Jeg jobber nå i deltidsstilling som lærer i sykepleierutdanningen ved UiS, og i år skal jeg i tillegg skrive masteroppgave om vekselpleie. Utdanningen foregår ved UiS, *masterutdanning i helse- og sosialfag med fokus på brukermedvirkning*. utfordringer og muligheter som finnes i vekselpleie fikk jeg interesse og engasjement fra min tid som sykepleier i hjemmetjenesten og på sykehjem Sandnes kommune.

Formål, hensikt og metode : Det er et mål at denne studien kan fortelle noe mer om hva hyppige overføringer mellom sykehjem og hjemmesykepleie innen kommunehelsetjenesten betyr for sikkerheten til vekselpasienter.

Ved å studere hvorledes pleien er dokumentert og hvorledes dokumentasjonen overføres mellom de aktuelle enheter i praksis, vil jeg se på sammenhenger mellom dokumentasjon, kontinuitet i pleien og sikkerhet.

Jeg har valgt følgende problemstilling i min masteroppgave: *Hvorledes opprettholdes og ivaretas sikkerhet i pleien til pasienter som veksler mellom sykehjem og pleie i hjemmet?*

For å svare på problemstillingen vil jeg kartlegge konteksten vekselpleie, deretter be om tillatelse til å lese pasientjournaler til vekselpasienter og til sist ønsker jeg å intervju ansatte.

Hvorfor delta? Jeg tror at dere sitter med innsikt i og erfaring med å pleie pasienter som veksler mellom hjem og sykehjem, og at denne erfaringen best kan utvikles til ny kunnskap ved at dere bidrar med egne tanker om vekselpleie i et intervju. Dette vil igjen være kunnskap som kan ha betydning i videre arbeid med pasientsikkerhet.

Intervjuene: Intervjuene vil ha en varighet på ca en time og vil foregå på sykehjemmets /i hjemmetjenestens lokaler. Intervjuene gjennomføres i henhold til en fast intervjuguide. Det vil bli benyttet båndopptaker, båndene blir slettet etter bruk, likeledes vil informasjon som gjengis i oppgaven være anonymisert, og det vil ikke gå fram av oppgaven hvilket sykehjem/distrikt opplysningene kommer fra.

Det er frivillig å delta, og der er full mulighet til å trekke seg underveis. Hvem som deltar blir til slutt bestemt i samarbeid med avdelingsledelsen.

Ta gjerne kontakt dersom du lurer på noe, eller har flere spørsmål.

Med vennlig hilsen

Merethe Rusdal
mr@netpower.no
mobil: 40 00 84 67

Karina Aase (veileder UiS)
karina.aase@uis.no
Tlf 51831534

Vedlegg nr 6

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er blitt spurt om å delta i intervju i forbindelse med Merethe Rusdal sin masteroppgave i *helse og sosialfag med fokus på brukermedvirkning* ved UiS. Jeg er informert om at intervjuet skal være om mine tanker og erfaringer om sikkerhet og kontinuitet i pleien til vekselpasienter.

Intervjuene er tatt opp på bånd uten at det kan refereres til mitt navn. Ved innlevering av masteroppgaven, vil båndene bli makulert og slettet fra lydfiler på pc. Oppgaven forventes ferdig i juni 2010, senest i løpet av høsten 2010.

Intervjuet er frivillig og jeg kan når som helst trekke meg

Hvis jeg har kommentarer eller spørsmål etter intervjuet kan jeg kontakte Merethe Rusdal. Hun kan også kontakte meg med samme begrunnelse og vi kan bli enige om nytt intervju

Min underskrift her viser at jeg ønsker å delta i intervjuet på disse premisser.

Dato-----

Navn:-----

Merethe Rusdal

INTERVJUGUIDE- SYKEPLEIERE OG HJELPEPLEIERE

Kontinuitet

1.Hva tror du det betyr det for pleien til vekselpatientene at de veksler mellom hjemmesykepleien og sykehjem? Positiv innvirkning? Negativ innvirkning?

2.Hvordan samarbeider dere med hjemmesykepleien/sykehjemmet om vekselpatienter?

- kan du beskrive tilfeller som har vært vanskelige fordi pasienten kommer fra hjemmesykepleien/sykehjemmet?
- hva medførte det?

3.Hvilken innvirkning har et forholdsvis stort antall deltidsansatte og ufaglærte i sykehjem og hjemmesykepleien for pleien til vekselpatienter?

4.Hvordan samarbeider dere med tilsynslegen og fastlegen og legevakt når det gjelder videreføring av beskjeder/behandling?

- Kan du komme på episoder eller problemstillinger som har vært vanskelig i den forbindelse?
- Kan du beskrive hvordan beskjeder fra leger eller evt fysioterapeut/tannlege eller lignende blir nedtegnet og videreformidlet?

5.Hvordan bidrar pårørende til at pleien blir ivaretatt begge steder?

6.På hvilken måte medvirker vekselpatientene selv til at pleien blir opprettholdt?

Sykepleiedokumentasjon

7.Kan du fortelle litt om hvordan du ser på sykepleiedokumentasjon ? Forståelse, betydning, negative forhold, positive forhold?

8.Hvordan er forholdene for å få til god dokumentasjon?

9.Når får du dokumentert pleien til den/de vekselpatientene du har ansvar for?

10.Får du lest det dine kolleger har skrevet om pasientene?

- Hvis nei, hvordan skulle det vært dersom du skulle fått lest mer?

11.Får du lest det som hjemmesykepleien/sykehjemmet har skrevet om pasientene i forbindelse med veksling av opphold?

- hvordan hjelper disse rapportene deg til å vite mer om hvilken pleie pasienten har behov for?

12.Hvordan kan forholdene legges tilrette for at sykepleiedokumentasjon i større grad skal bli benyttet som verktøy i pleien til vekselpatienter?

Rapporter/Vaktskifte

13.Kan du beskrive hvordan de muntlige rapportene foregår?

-Er du noe annet dere støtter dere til før vaktens begynnelse enn muntlig rapport og det skriftlige dokumentasjonssystemet, f.eks. lister, beskjedbøker eller nedtegnede rapporter utenom dokumentasjonssystemet ?

14.Hvordan skaffer du deg informasjon om vekselpasienten som er kommet siden sist du var på vakt?

- bruker du CosDoc, beskjedbok, telefon, pårørende, pasienten selv eller annet for å skaffe deg flere opplysninger?

15.Føler du deg trygg for at du har formidlet de opplysningene neste skift trenger nå du går hjem fra vakt?

- hvis ja, hva er det som fungerer bra i vaktskiftet?
- hvis ikke, kan du gi et eksempel

16.Hvordan formidler du opplysninger om pasienten til hjemmesykepleien/sykehjemmet når pasienten har vært på opphold?

Pasientsikkerhet

17.Hva innebærer pasientsikkerhet for deg?

18.Hvordan tror du at det påvirker sikkerheten at pasienten veksler mellom to enheter?

19.Er det noe du er redd for skal hende med pasientene?

- kan du gi et eksempel?

20.Kan du gi et eksempel på anvendelse av prosedyrer, eller nedtegnede lister eller sjekklister for utførelse av pleie?

21.Kan du fortelle hva som skjer, rutinene, når pasientene reiser fra eller ankommer vekselopphold?

22.Når på døgnet er det travlest? Kan du beskrive hva som er det vanskeligste med denne tiden?

23.Kan du beskrive en ukedag, eller periode i året som er slik at du gruer for ansvar eller gjøremål?

24.Kan du komme på noen eksempler der du eller andre opplevde en uønsket hendelse? Hva gjorde du/dere da? Fikk denne hendelsen noen konsekvenser for pasienten?

25.Hvordan opplever du at det er å melde fra om feil eller uønsket hendelse på din arbeidsplass?

- hva slags hendelser tror du skjer som ikke blir meldt?

26.Hvordan tror du oppfølgingen vil være dersom du gjør en feil/uønsket hendelse og rapporterer det?

-eller hva tror du ville skjedd dersom du gjorde en feil/det skjedde en uønsket hendelse og du ikke rapporterte det, men hendelsen ble oppdaget i ettertid

Rammebetingelser/kontekst

27. Mange offentlige undersøkelser og studier viser at skriftlig sykepleiedokumentasjon til dels er svært mangelfull. (i tillegg har du også nettopp beskrevet andre utfordringer dere har). På tross av det gis det mye god pleie, og ut fra avviksmeldingene er det få/ingen uønskede hendelser som har alvorlige konsekvenser.

-Hvordan tror du dette kan henge sammen?

-Hvordan er rammebetingelsene for god vekselpleie nå sammenlignet med for 5 år siden?

Organisasjon, system, rutiner, bemanning, ressurser, fokus etc.

Vekselpleie

28. Har tanker du om tjenesten vekselplass sett fra pasientens ståsted?

- og sett fra pårørende sitt ståsted?

29. Er det noe annet du kan formidle som du ikke synes har kommet fram allerede?

INTERVJUGUIDE - LEGENE

Kontinuitet

1. Hvilken innvirkning tror du det har for pleien til vekselpasientene at de veksler mellom hjemmesykepleien og sykehjem? Positiv innvirkning? Negativ innvirkning?
2. Hvordan samarbeider dere med tilsynslegen/fastlegen om vekselpasienter?
 - kan du beskrive tilfeller som har vært vanskelige fordi pasienten kommer fra hjemmesykepleien/sykehjemmet og har en annen lege i tillegg?
 - hva medførte det?
 - hvordan virker samarbeidet med legevakten inn på denne problemstillingen
3. Hvilken innvirkning tror du et forholdsvis stort antall deltidsansatte og "ufaglærte" har i sykehjem og hjemmesykepleie for pleien til vekselpasienter?

Sykepleiedokumentasjon/kommunikasjon

Sykepleiere har nå dokumentasjonsplikt i pasientjournalen(Helsepersonelloven)

4. Kan du fortelle litt om hvordan du ser på sykepleiedokumentasjon? Forståelse, betydning, negative forhold, positive forhold?
5. På hvilken måte benytter du deg av det sykepleiere har dokumentert om pasientene?
 - hva er det som er relevant for deg av sykepleiedokumentasjon
 - kunne noe hvert annerledes som ville vært nyttig for deg?
7. Hvordan overfører du opplysninger til pleiepersonalet når det gjelder vekselpasienter, f.eks. medisinerendringer eller beskjeder om behandling
 - bruker du telefon, e-post, muntlige beskjeder eller skrevne lapper i tillegg til dokumentasjon i pasientjournal.

Pasientsikkerhet

8. Hva innebærer pasientsikkerhet for deg?
9. . Hvordan tror du at det påvirker sikkerheten at pasienten veksler mellom to enheter?
10. Er det noe du er redd for skal hende med pasientene som får vekselpleie?
 - kan du gi et eksempel?
11. Kan du gi et eksempel på anvendelse av prosedyrer, eller nedtegnede lister eller sjekklister
 - for utførelse av behandling til vekselpasienter?
12. Kan du komme på noen eksempler der du eller andre opplevde en uønsket hendelse i forbindelse med vekselpasient?
 - hva gjorde du/dere da? Fikk denne hendelsen noen konsekvenser for pasienten?

13. Hvordan opplever du at det er å melde fra om feil eller uønsket hendelse på din arbeidsplass?

- hva slags hendelser tror du skjer som ikke blir meldt?

14. Hvordan tror du oppfølgingen vil være dersom du gjør en feil/uønsket hendelse og rapporterer det?

-eller hva tror du ville skjedd dersom du gjorde en feil/det skjedde en uønsket hendelse og du ikke rapporterte det, men hendelsen ble oppdaget i ettertid

Rammebetingelser/kontekst

15. Mange offentlige undersøkelser og studier viser at skriftlig sykepleiedokumentasjon til

dels er svært mangelfull. (i tillegg har du også nettopp beskrevet andre utfordringer angående vekselpasienter). På tross av det gis der tilsynelatende mye god pleie, og ut fra avviksmeldingene er det få/ingen rapporterte uønskede hendelser i sykehjem og hjemmesykepleien som har alvorlige konsekvenser for pasientene.

-hvordan tror du dette kan henge sammen? Har du eksempler?

- Hvordan er rammebetingelsene for god vekselpleie nå sammenlignet med for 5 år siden?

Organisasjon, system, rutiner, bemanning, ressurser, fokus, etc.

Vekselpleie

16. Hva mener du om tjenesten vekselplass sett fra pasientens ståsted?

- og sett fra pårørende sitt ståsted?

17. Hvordan bidrar pårørende til at pleien blir ivaretatt begge steder?

6. På hvilken måte medvirker vekselpasientene selv til at pleien blir opprettholdt?

29. Er der noe annet du kan formidle om vekselpleie som du ikke syns har kommet fram allerede?

Hjelpeskjema 3.3 analyse av intervju

Vedlegg nr 10 side 1

tema	subtema	essenser fra subtema	utsagn
1. Helsemessig påvirkning av vekselpleie for pasientene	Negative følger for vekselpleie	Vekselpleie er mindre egnet for demente, de mestrer ikke forandringene, trenger rutiner og struktur. Og de med psykiske lidelser opplever at det er trygt å være på opphold og gruer seg til å reise hjem. Hjemmesykepleien opplever at pasientene har ønske om mer hjelp etter opphold.	Nr. 11 De som ikke har så mye nytte av det er de litt demente. De forstår ikke sin egen sykdomshistorie og vil helst bare være hjemme og at de ikke er i stand til å klare seg hjemme og at det er på grunn av pårørende, at de skal få avkobling Nr 5 og noen er demente, ja vi hadde nettopp en dame som følte at hun var under tvang her og hun var veldig mentalt redusert Nr 12 På generell basis så er jo det med flytting for demente ikke lett, så blir de litt mer forvirret i en liten periode, men så kommer det jo helt an på grad av demens, ser at mange av de demente som kommer inn, de kjenner seg jo igjen og kjenner pleierne igjen og føler en trygghet. Så finner de roen på avdelingen og det med faste rammer og struktur er jo og veldig viktig og så fungerer de godt her, også kommer de hjem uten den strukturen, så faller ting litt fra hverandre igjen, å komme inn her å få struktur i 3 uker det
	positive følger	Pasienter og pårørende opplever forutsigbarhet, og ivaretakelse. Pasientene får legeundersøkelse og rutineprøver, de kommer seg fysisisk, legger på seg og opplever struktur i dagene. Pårørende får avlastning. vekselpleie er en god mellomløsning og det skulle vært flere plasser. Det er og potensielle for utvidet medisinsk samarbeid som pasienten kunne dratt nytte av	

2. Pårørendes rolle og bidrag for utøvelse av vekselpleie

Vedlegg nr 10 side 2

Vekselpleie bidrar til nødvendig avlastning for pasienter og pårørende.

er viktig for å opprettholde funksjonen. Men selvfølgelig når en er kommet litt lenger i demensen, må en jo kanskje være på et sted for at det skal ha noen hensikt

Mange pårørende bidrar med å opprettholde pleien i hjemmesituasjonen, ved å ta ansvar for det meste av døgnet hjemme, transportere mellom enhetene og informere enhetene når de er på besøk. De er bindeledd. De pårørende det snakkes om er ektefeller og gjerne koner som har mannen sin på opphold

Nr 10 Det som kan være litt vanskelig er at de ikke har lyst til å reise ut igjen. På trygghet kanskje med psykiske lidelser at de ikke har lyst til å reise ut igjen, det kan være mer vanskelig med vekselpleie.

3. Betydningen av organisatoriske forhold for utøvelse av pleie til vekselpasienter	1. Medisinsk faglig nivå 2. Pleienivå mellom enhetene.	To leger å forholde seg til - varierende samarbeid mellom legene	<p>Nr. 6. Ja kanskje at de vil ha en annen bestilling. De sender jo bestilling til oss, at vi skal trene de opp og at vi skal satse på det og det, også hvis det er kommet inn etter eller annet annet</p> <p>I vedtaket så skriver de det da. Men hvis det har skjedd så ringer de gjerne til oss</p> <p>Nr2 Jeg opplever og at i omsorgssektoren sånn så her så er mange, dyktige, de er ansvarsfulle. De har mye omsorg og er tjenestevillige. Slik at de får veldig god pleie. Det gjenspeiler seg nok ikke i dokumentasjonen, det går nok ikke på vår dokumentasjon, det går jo på ledelses, de får god pleie, de blir godt ivaretatt, det er et godt system. Det er mitt hovedinntrykk at de tar store utfordringer, de gjør mange ting for hver enkelt av disse som går der. Og de tenker utforbi det de trenger å gjøre, det som er pålagt de.)</p>
		Mangler i kommunikasjon og samarbeid. -Noen syns at det er problematisk at de nesten ikke får snakket med den andre enheten. - Vanskelig å finne fram til og treffe primærsykepleieren til pasienten i hjemmetjenesten. Ansatte i hjemmetjenesten er mange i rullering og har lite "innetid" -Kommunikasjon går gjennom koordinator på bestillerkontor. - Nettverksmøter o.k, men dumt at ikke "utførerne" i hjemmetjenesten har tid å være med. -	Endringsmeldinger til bestillerkontor gir muligheter Det er koordinatoren som

Vedlegg nr 10 side 4

Endringsmeldinger

for påvirkning av pleien for utførere, men det stjeler tid som ellers ville blitt brukt til dokumentasjon

bestemmer hvilke behov pasienten har for pleie?

Påvirkning på dokumentasjon

Datasamlingen om pasientens behov er delvis gjort i forkant av koordinator, pleietiltakene står i kolonnen på arbeidslisten og i vedtakene til sykehjemmet. (Noe av arbeidet med dokumentasjon forflyttet- drøfting?), Noen pleiere synes det er greit.

De gjør jo en vurdering og sender en bestilling til oss, på en måte, også skriver e gjerne i vedtaket til pasienten at du har vært dårlig en periode og vil trenge et korttidsopphold for å komme deg igjen. Ha fokus på opp trening og kosthold en periode. Da ser vi alltid på hva de bestiller og går litt ut fra det i pleiegruppen. Jeg synes jo det er et veldig greit utgangspunkt å ha, at en ser på hva de vil ha, hvilken bestilling på en måte.

3. Innen hjemmetjenesten

Rapportering i vaktskiftene gir dårlige muligheter for oppdatering etter fri, utover siste døgn.- betalingsinsentivmentet, tidsfrist påvirker gjøremålene i hjemmene.- bestillingen fra bestillerkontor kan være utydelige eller knappe, det betyr at det går med mye tid til endringsmeldinger.

*Så da er de kartlagt før de kommer inn?
Så da har de gjort et hjemmebesøk en vurdering liksom om sier at de skal få f.eks p et korttidsopphold og vi ønsker fokus på det og det og det. Da ser vi på det og har på en måte det og jobb ut i fra.*

Vedlegg nr 10 side 5

4. Maglende samsvar mellom faktisk pleie og dokumentert pleie

Noen dokumenterer bare når det skjer noe uventet.

Ulike oppfatninger om kvaliteten på dokumentasjon på eget arbeidssted, og om det de selv dokumenterer og på det den andre enheten dokumenterer

Det utføres mye pleie som ikke videreføres eller kan etterprøves.

Mange har oppfatning av at det er pleien og tilstedeværelsen hos pasienten som er viktigst. dokumentasjon blir nedprioritert

Noen sier de savner mer om funksjonsnivå – tar for gitt at andre kjenner pasienten

Mange hevder at det er vanskelig å holde pleieplanene oppdatert- alle syns at Cos.doc fungerer bra og er et godt redskap. – likevel mener mange at det som dokumenteres ikke er

Nr10 Jeg tror vi gjør veldig mye så vi ikke klarer å få dokumentert, og det er ikke alt som er like lett å

dokumentere.....Det er ikke så lett å beskrive all den gode pleien som du gjør. Og jeg er så gammel at jeg har masse erfaring med meg og det å gå inn i pleien og en pleiesituasjon og du har god tid til det, og så sitte og dokumentere alt det, jeg vet ikke,

Ja jeg syns dokumentasjon og videreføring er grådig viktig ,men det er ikke alltid så lett å få det ned i korte setninger så det ikke blir for mye. Men å få med det viktigste, Dette kan jeg si i morgen sant? Men tenk om ikke jeg er der i morgen, så blir ikke den tingen ordnet, så skriv det ned

Nr 9 Ja for det å dekke grunnleggende behov er lettere

godt nok. Sprikmotsetninger i egne utsagn i løpet av noen intervjuer.

Hjemmesykepleien syns at sykehjemmet beskriver ytre hendelser og ikke det vesentlige, mens

sykehjemmet hevder at hjemmesykepleien dokumenterer knapt eller svært mangelfullt. Ulik problemstillinger for pasientene inne og ute.

Dokumentasjon av konkrete prosedyrer for pleien fungerer bra, som f.eks sårstell.

Muntlige og andre suppleringer må til for å overlevere kunnskap om pasientene i de enkelte enheter

på sykehjemmet for vi vet jo ikke hvordan det fungerer hjemme. I og med at det er lite

dokumentasjon

Har der vært et fall eller noe så er det inne på Cos.doc. eller om vedkommende er kommet på sykehus eller sånt. Men ellers er det jo sånn at vi må spørre den enkelte hvordan han har det hjemme. For vi vet lite om det hvis det ikke er dokumentert.

Nr 7 I vårt yrke foregår mye læring i hendene, og det er mye uartikulert kunnskap, den kunnskapen der må

dokumenteres og løftes fram ---
-Vi gjør det gjennom rapporter og gjennom pleieplan---- Ideelt sett så lager vi pleieplaner.

Noen ganger er det avsatt litt tid.

...Ja, jeg er redd at viktig informasjon blir tapt i systemet. Enten at det er stum kunnskap at kunnskap som en person tar for gitt ikke blir dokumentert videre også blir ikke dette fulgt opp. Du kan se på Kari

Tidspress

Vedlegg 10 side 7

og som er gjort gjennom dagen. Samt i endringsbøker.

Martinsen blant ant og hennes beskrivelse av stum kunnskap

Nesten alle sier at det blir mye dokumentering på (ubetalt) overtid.

nr6. Og mye kommer med erfaring og du har gjort sånn i mange år og du vet hva som skal gjøres uten at det akkurat står dokumentert. Men likevel det skal jo stå, men Og har du en god muntlig rapport er det ikke sikkert alt går videre, men de viktige tingene går jo videre sånn at vi får gjort det vi skulle, men vi vet ikke helt hvor vi har det fra, men noen sa at vi skulle gjøre sånn og sånn.

5. Kontinuitet i .. Heltid/deltid

De heltidsansatte er bærere. deltidsansatte har ikke samme betingelser eller muligheter for oppfølging. Svært mange i rullering på listene innen hjemmesykepleie, og ulike hensyn gjør stabilitet vanskelig (jmfr. pasient som hadde 60 ulike pleiere) litt ulike utsagn om dette problemet.

Nr 7. Vi i hjemmesykepleien ønsker å strekke til, men i forhold til systemet var det ikke mulig.

Når pasientene blir skrevet hjem får de et løfte om tilnærmet samme oppfølging. Og det å gi en pasient en forventning om tilnærmet samme oppfølging i

Lite kunnskap om den andre enheten. Pleierene bruker pårørende, pasienten selv eller koordinator som bindeledd, i tillegg til Cos.doc. Mest stell og oppfølging på sykehjem, ulike premisser for å levere pleie. Skulle visst mer om de andre slikt at de kunne fått like mye/lite hjelp. – Tiltak som iverksettes på i

hjemmesykepleien er så langt i fra som det går an å komme fra som det går an å komme fra som det går an å komme fra

Nr 80g den rapporten leser vi fra Cos.doc, den går bare fra dagen før...Ja det er det. Det er der det kanskje skurrer litt hvis en har hatt fr-i, hvis en har vært vekke så kommer en på jobb og får bare vite dokumentasjon fra dagen før. Også skal en ut til en

Adskilte enheter- to verdener

nstitusjon er ikke alltid like realistisk i en hjemmesituasjon

bruker som har kommet hjem fra veksel, det er liksom der det skurrer litt, føler jeg. Men du får jo, der er jo kommunikasjon mellom oss hvis det er noe så er det jo kommunikasjon oss i mellom men ikke alltid ut fra Cos.coc. Men vi tar ansvar for å oppdatere hverandre.

Rapport/vaktskift

På sykehjem er det rom for å lese seg opp eller få muntlige oppdateringer etter friperiode. I hjemmesykepleien er det bare rom for siste døgns hendelser, før en må ut til pasientene.

Nr 10 De er jo her sjeldnere, så går de en tidligvakt også en seinvakt. Og for å følge opp det som vi planlegger så er ikke det så lett. De er jo drevne mange av de som går deltid, men de sier jo selv og at de får ikke følge opp det å være primær for pasienter så godt som de kunne ønske. Det er jo flott at det er delidsstillinger og. Men på den annen side er de mer opplagte av å gå deltid og de kan bli slitne av å gå på jobb. De kan gjerne være et friskt pust og de er mer opplagde så sann er det positivt

Vikarerer

Sommeren er særlig utsatt for manglende kontinuitet i pleien på grunn av vikarerer, det samme kan gjelde enkelte helger med lite faste folk på jobb.

På grunn av mangel på elektronisk kommunikasjon

Hjemmesykepleien
bindeledd mellom legene

mellom legene tar hjemmesykepleien uformelt ansvar for endringer/beskjeder til fastlegen etter utskrivninger fra sykehjem.

Nr8 Det er jo det at de ikke alltid får satt seg skikkelig inn i pasientene sin situasjon?

At de ikke får se hele bilde, at de ikke får nok informasjon. Ja for hvis de har hatt fri og vekselpasienten er kommet hjem, også har kanskje ikke de blitt informert om at de har større hjelpebehov også kommer de bare rett på. At de er kommet utfra sykehjem også har vi ikke fått informasjon fra de også blir det kastet på oss også er vi ikke klar over hjelpebehovene nå i forhold til tidligere og det kan ha skjedd medikamentendringer når de har vært inne også kommer de ut også og har ikke vi fått beskjed om det, så der er der jeg ser at det kan ha....jeg tenker egentlig at det kan være verre for deltidsansatte

Arbeidslistene rullerer i
svært stor grad i
hjemmetjenesten

Mange ulike hensyn
vanskeliggjør at brukere får
samme pleier

Fungerer stort sett bra.
Medvirker ofte til å sikre
kontinuitet

Beskjedbøker /programbøker

Nr7 I stedet for å skyve ansvaret på de deltidsansatte så må vi gå inn i oss selv og spørre hvordan er pleieplanen?.....

Vedlegg 10 side 11

*Også har du del 2 av dette.
Dedet eksisterer pleiepaner
men det er ikke satt av tid til at
deltidsansatte kan lese.*

*Nr. 6 Det blir jo på en måte et
oppbrudd hver gang de reiser
fra den ene plassen til den
andre*

6. Overføringer

Epikriser

Foregår i form av postlagte brev, og dersom endringer skal gjelde fra samme dag må det sørges for meldinger på andre måter. Noen har lagd uformelle praksiser som ikke alltid virker på dette område. Ofte blir endringer fanget opp av hjemmesykepleien som leser kopi av epikrisen i pasientens hjem.

Ulike systemer for overføringer mellom enhetene
-legemidler

Uklart hvem som eier region. Multidosesystemet brukes av hjemmetjenesten. Noen sykehjem, men ikke alle, godtar systemet og samarbeider rundt det. For de pasientene det gjelder. Multidose er sårbar ved tilleggsmedisiner som ikke får plass i posen og ved hyppige endringer som apoteket ikke klarer. Det gir tilleggsmedisiner og kompliserer overføringen. De ulike enhetene ser ikke alltid

Vedlegg 10 side 13

konsekvensen av at de ikke bruker samme system.

Medisinendringer på sykehjemmet gjøres noen ganger på papir og overføres derfor ikke til multidossekortet, resten av opplysningene overføres elektronisk når pleien skal overføres.

Når pasientene kommer fra sykehus kan det være uklart hvem som melder endringer på legemidler inn til apoteket

Overføringsrapport fungerer i varierende grad. Noen gir utrykk for at de ikke har hørt om det, andre sier at det står bare at de har reist eller

ankommet i disse rapportene. Sjelden (aldri) sammendrag av pasientens behov for pleie i disse rapportene. Noen syns at de får informasjon fra disse, eller at de får forsikret seg om at det ikke har skjedd noe nytt.

Overføringsrapport,
journaloverføringer av
pleieopplysninger

7. Risiko

Risiko for uønskede hendelser knyttet til manglende merknader?	F.eks cave (unngå å bruke) og NBI- eksp. NB, tåler ikke melk	<i>Nr 12...Det er jo alltid en viss risiko for at informasjon ikke kommer videre. Det er jo klart at spesielt hvis det blir gjort endringer her, eller de kommer inn her og har multidose også ønsker jeg å gjøre en endring eller vi blir enige om å gjøre en endring, så reiser de hjem igjen med den multidosen som ikke er oppdatert også kommer den oppdateringen om et par uker, og hvis da er noen som ikke er oppmerksom på det og gir den gamle medikasjonen så er jo det et</i>
Risiko for at informasjon ikke kommer videre og fører til uønskede hendelser, særlig ved legemiddelendringer	Knyttet til ulike systemer for informasjon og ulik kunnskap om hverandres informasjonssystemer. Gjelder ordineringskort for medisiner, multidosesystem og at opplysninger i epikriser ikke kommer tidsnok, og sykepleiedokumentasjon med pasientens behov ikke blir notert eller videreført	<i>Ja hvis de da har en dosett i tillegg med en antibioticakur som skal kontinueres i 5 dager til, og hjemmesykepleien ikke er oppmerksom på det. Så kan det være vanskelig, men det gjelder jo begge veier. Det hender jo at de kommer inn her og med nye medikasjoner. Det er kanskje det som er den største faren med å veksle så mye.</i>

Vedlegg 10 side 15

Forverret risiko ved sykehusinnleggelse for da er der et ekstra ledd og det er uklart om sykehuset forholder seg til fastlege eller sykehjem

Nr 9 Sykehuset forholder seg til hjemmet også skal hjemmet forholde seg til oss igjen. Da er det av og til noe som detter. Da blir det et ekstra ledd. Så det vi har funnet ut er at det er greit å ringe sykehuset og spørre. Er det nye medisiner til denne pasienten?

Sykehusinnleggelse

hos vekselpasienter

gir risiko

Knyttet til manglende dokumentasjon av dette, og (lite målrettet pleie?)

Nr 7altså skyve ansvaret opp. For eksempel ved hjelp av avvikshåndteringen, for avvik er ikke en angivelse av deg selv, det er å skyve systemet og vise hvor ansvaret ligger, eksempelvis så tar vi på oss litt mer oppgaver enn det vi burde ha gjort.

Nr 7 I dag er det 7 personer på min liste som skal ha hjelp kl 9. 7 personer som forventer pleie

Risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov

Morgene i hjemmesykepleien er særlig utsatt. Flere snakker om at det likevel er mer stress enn risiko som er problematisk innen samtidighet

Nr 6 Det har ikke vært avvik på det, men jeg tror de skulle vært mer av det. Det er nok fordi at vi tenker ikke på at å ikke få oppfylt sine grunnleggende behov er avvik like mye som et

**Samtidighet i
gjøremål**

De fleste informanter sier at de melder avvik, men at noen ganger har de ikke tid eller glemmer det. Avvik gjelder legemiddelfeil og fall for det meste. Det reflekteres over at manglende oppfyllelse av grunnleggende behov er avvik. avvikene som blir meldt er sjelden alvorlige og det går ikke fram at det er helsenessige konsekvenser for pasientene i forbindelse med avvikene.

fall er avvik. Også er vi blitt litt sløve til å skrive avvik på feilmedisinering.

Avvik

Nr 4 Det går inn i det farmasøytiske tilsynet. For eksempel hjemme sykepleien er jo klar over at det er et kvalitetstegn å ha avvik og når det er få avvik så er det mistenkelig. Meldekulturen er mye bedre enn den var før. Og det blir systematisk gjennomgått av tilsynsfarmasøyten. En samler erfaringer og de har i perioder tilflytt meg. Men fastleger har nok et fjernt forhold til kommunen sitt system. Så det er melding for å rette opp systemet og ikke for å bruke det i kvalitetsforbedring.

Pasientene er jevnt over dårligere og krever mer enn før,

Sykehjemspasientene er dårligere enn før, det gjelder også vekselpasienter, men i mindre grad enn andre korttidspasienter

Nr 1 Men veldig ofte så er det ikke noe spesielt med vekselpasientene



Karina Aase
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 26.11.2009

Vår ref: 23006 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23006	<i>Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karina Aase</i>
Student	<i>Merethe Rusdal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

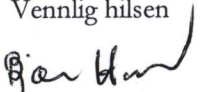
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Merethe Rusdal, Fredrik Stangsgate 7, 4317 SANDNES

Vedlegg 11, s. 1

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23006

Det registreres sensitive personopplysninger om pasientene i form av opplysninger som sier noe om helseforhold (jf. pol § 2 nr. 8 c)).

Utvalget består av rundt 20 vekselpasienter samt rundt 18 ansatte ved ulike sykehjem. Vi forutsetter at det er personer som naturlig har tilgang til pasientene og de ansatte som oppretter første kontakt med utvalget ved å formidle forespørsel fra prosjektleder.

Ansatte og samtykkekompetente pasienter informeres skriftlig om studien (jf. informasjonsskriv mottatt 25. november 2009) og samtykker skriftlig til deltakelse. For eventuelle ikke-samtykkekompetente pasienter, gis pårørende skriftlig informasjon om prosjektet og samtykker skriftlig til at "sin" pasient kan delta. Vi legger til grunn at pårørende får samme informasjon som samtykkekompetente pasienter. Vi legger også til grunn at eventuelle ikke-samtykkekompetente pasienter gis individuelt tilpasset muntlig informasjon om studien, der dette vurderes som mulig.

Vi har registrert at de ansatte informeres om at lydbånd/lydfiler slettes ved innlevering av oppgaven. Vi forutsetter at informasjonsskrivet eller samtykkeerklæringen til de ansatte i tillegg tilføyes informasjon om at liste over informanter slettes og intervjuutskriftene (rådata) anonymiseres senest ved sensur av oppgaven.

Opplysningene om pasientene innhentes fra journal på sykehjem og i hjemmesykepleien. Opplysningene om de ansatte innhentes gjennom individuelle intervju.

Skriftlige opplysninger (rådata) anonymiseres, og lydopptak/lydfiler og navnelister slettes senest ved prosjektslutt 30. juni 2010.

Vi forutsetter at så langt det lar seg gjøre inkluderes samtykkekompetente pasienter. Opplysningene om samtykkekompetente pasienter kan behandles med hjemmel i pol §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Dersom det inkluderes pasienter som ikke er samtykkekompetente, finner vi at opplysningene kan behandles med hjemmel i pol §§ 8 d) og 9 h). Formålet med studien er å undersøke hva hyppige overføringer mellom sykehjem og hjemmetjeneste betyr for sikkerheten til vekselpasienter. Det er sannsynlig at sykehjemspasientene har sammensatte og/eller kroniske lidelser som er av en slik art at samtykkekompetansen vil være redusert eller mangle, f.eks. senil demens. I slike tilfeller gis pasientenes pårørende informasjon om studien og bes om samtykke til at "sin" pasient kan delta. Tatt i betraktning at den delen av sykehjemspasientene også kun omfatter en journalstudie og ikke aktiv involvering av pasientene i datainnsamlingen, finner vi at samfunnets interesse i at opplysningene behandles overstiger ulempene for den enkelte.

Vedlegg 11, s. 2

Dersom det inkluderes pasienter som ikke er samtykkekompetente, forutsetter vi at taushetsplikten ikke er til hinder for det. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal kunne besvare spørsmål om pårørende til ikke-samtykkekompetente kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal, eller om dette krever dispensasjon fra taushetsplikten.

Prosjektutredning - Kommentarer

12025

Det er viktig å være bevisst på at pasienter som ikke er samtykkekompetente, kan ha behov for spesielle tiltak for å sikre deres rettigheter og interesser. Dette gjelder spesielt når det gjelder innsyn i journal og bruk av informasjon.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten. Vi har også gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Prosjektutredning - Kommentarer

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vi har gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten. Vi har også gjennomført en grundig vurdering av spørsmålet om pårørende til ikke-samtykkekompetente pasienter kan gi stedfortredende samtykke til innsyn i journal. Dette gjelder spesielt når det gjelder bruk av informasjon og taushetsplikten.

Vedlegg 11, s. 3

Vedlegg 11, s. 3