

Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten

Sammendrag

Bakgrunn. For å styrke informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom Stavanger universitetssjukehus og pleie- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune begynte man i 2005 å sende elektroniske utskrivningsrapporter fra sykehuset til kommunen.

Materiale og metode. Vi har sammenliknet omfang og innhold i håndskrevne, papirbaserte utskrivningsrapporter med elektroniske rapporter. Materialet omfatter kopier av 69 papirbaserte rapporter og 52 elektroniske rapporter.

Resultater. De elektroniske utskrivningsrapportene er lengre enn de papirbaserte. Antall ord i legenes del av rapporten økte med 172 % fra papirbasert til elektronisk rapport. I sykepleiernes del av rapporten fant vi en økning i antall ord på 43 % etter overgang til elektronisk rapport. Vi fant en sterk økning i rapportering av administrative og praktiske opplysninger. Av 24 helsefaglige variabler fant vi en signifikant endring kun i fire.

Fortolkning. Innføring av elektronisk utskrivningsrapport medfører at kommunehelsetjenesten mottar lengre rapporter fra sykehus, men det er ikke dermed sagt at informasjonen er mer utfyllende eller tilfredsstillende kommunehelsetjenestens informasjonsbehov.

Line Melby

line.melby@ntnu.no

Norsk senter for elektronisk pasientjournal
Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Ragnhild Hellesø

Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Torunn Wibe

Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning
Oslo universitetssjukehus, Rikshospitalet

I juni 2009 la regjeringen frem Samhandlingsreformen i form av en stortingsmelding (1). «Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre,» uttalte daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen (2). En løsning for bedre kontakt og kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er å ta i bruk elektroniske meldinger for på denne måten å gjøre informasjonsutvekslingen mer pålitelig og å forbedre kvaliteten på informasjonen (3, 4).

Stavanger universitetssjukehus har siden 1990-årene brukt en tverrfaglig utskrivningsrapport for raskt å informere fastleger og helsepersonell i kommunehelsetjenesten om pasientens tilstand og hvilken helsehjelp pasienten har fått under sykehusoppholdet. Utskrivningsrapporten benyttes som en foreløpig epikrise. I 2005 startet sykehuset å skrive og sende disse rapportene elektronisk til pleie- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune, som et resultat av deltakelse i det såkalte Fyrtårnsprosjektet (5). Studier av dette prosjektet viser at mottakerne opplever at elektroniske utskrivningsrapporter øker lesbarhet og tilgjengelighet til informasjon (6, 7), samt at tekstene blir lengre (8). Hensikten med denne artikkelen er å drøfte om – og i tilfelle på hvilken måte – det har skjedd en endring i struktur og innhold i utskrivningsrapportene etter overgangen fra papirbaserte til elektroniske utskrivningsrapporter, og om dette tyder på høyere kvalitet på informasjonen.

Materiale og metode

Undersøkelsen bygger på kopier av 121 papirbaserte (n = 69) og elektroniske (n = 52) utskrivningsrapporter sendt fra Stavanger universitetssjukehus til pleie- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune. De papirbaserte rapportene er hentet fra tidsrommet

mai 2002–desember 2004, mens de elektroniske rapportene er hentet fra tidsrommet oktober 2004–september 2005. Inklusjonskriterier for å velge ut rapporter var at de var lesbare og at de var sendt til Stavanger kommune. Materialet er hentet fra Medisinsk avdeling, og ble samlet inn våren 2006. Prosjektledelsen anonymiserte rapportene før vi fikk tilgang til dem.

Den elektroniske utskrivningsrapporten har den samme tredelte oppbygningen som papirversjonen: En administrativ del, en del som sykepleier fyller ut og en del som lege fyller ut. Den administrative delen av rapporten har en relativt detaljert mal i begge variantene, mens feltene der leger og sykepleiere dokumenterer opplysninger, har åpne fritekstfelter i papirvarianten, mens det er en mal med liten detaljeringsgrad i den elektroniske varianten.

Vi har brukt innholdsanalyse for å sammenlikne rapportene. Metoden brukes vanligvis for å sammenlikne tekstlige endringer over tid fra samme medium. I vårt tilfelle endrer mediet seg fra papir til elektronisk. Tekstene i begge formatene har imidlertid samme formål, og innholdsanalyse er derfor en fruktbar metode også for dette materialet (9).

Vi utarbeidet et kodeskjema for registrering av administrative opplysninger, sykepleieinformasjon og legeinformasjon. Kodeskjemaet for sykepleieopplysninger er bygd på en studie som beskriver de vanligste hjelpebehovene til pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien (10), mens kodeskjemaet for legeopplysninger er basert på malen «Den gode epikrise» (11). Alle variablene er kategoriske, med alternativene «beskrevet» eller «ikke beskrevet». De helsefaglige variablene er beskrevet i tabell 1.

Vi har foretatt en manuell ordtelling for å se på endringer i antall ord ved overgang fra papirbasert til elektronisk utskrivningsrapport. Videre har vi benyttet statistikkpro-

Hovedbudskap

- Kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må styrkes
- IKT er et viktig verktøy for å forbedre samhandlingen
- Arbeid med informasjonsinnholdet må følge parallelt med innføring av IKT

grammet SPSS for Windows (versjon 15.0) i alle analyser. Pearsons khikvadrattest ble brukt for å analysere og undersøke om det var forskjeller i innhold mellom papirbaserte og elektroniske utskrivningsrapporter.

Resultater

Lengden på utskrivningsrapporten økte etter at elektronisk rapport ble innført. Sykepleiere skrev gjennomsnittlig 37 ord da rapporten var papirbasert og 53 ord i elektronisk rapport; en økning på 16 ord (43 %). Legenes tekst økte fra gjennomsnittlig 50 ord i papirbasert rapport til 136 ord i elektronisk rapport; en økning på 86 ord (172 %). Vi finner også mindre bruk av tegn som «→»/«+»/«-» i elektronisk rapport enn i papirbasert rapport.

Administrative og praktiske opplysninger

Det var en signifikant økning i rapportering i sju av 23 av de administrative opplysningene (tab 2). Opplysninger om pasientens fastlege, pasientansvarlig assistentlege, sykepleier, samt innleggelses- og utskrivningsdato ($p < 0,01$) ble mer systematisk rapportert i elektronisk utskrivningsrapport enn i papirbasert utskrivningsrapport. Det samme gjaldt for navn på sengepost ($p = 0,02$) og resept ($p = 0,05$). De fleste av disse opplysningene er lagt inn ved hjelp av valg fra elektronisk liste. Videre fant vi en signifikant nedgang i rapportering av «telefon» ($p < 0,01$).

Helsefaglige opplysninger

Legeopplysningene er delt inn i 11 kategorier, og vi fant en økning i rapportering av tre av disse kategoriene etter overgang til elektronisk rapport (tab 1). Vurdering ($p < 0,001$), tidligere sykdommer ($p = 0,03$) og funn/undersøkelser ($p = 0,01$) ble rapportert hyppigere i elektronisk rapport enn i papirbasert rapport. Cave inngikk som et eget punkt i malen for legeopplysninger i elektronisk rapport, men ikke for papirbasert rapport.

Av 13 kategorier sykepleieropplysninger, var det statistisk signifikant endring i én type opplysninger: «Status» ($p < 0,001$), (tab 1). Det betyr at i elektronisk utskrivningsrapport har sykepleierne oftere rapportert om endringer i pasientens tilstand eller funksjonsnivå fra innkomst til utskrivning enn i papirbasert rapport. I ingen av de andre kategoriene opplysninger fant vi noen økning i rapportering, til tross for at antall ord i sykepleier rapporten totalt sett øker med 43 % ved overgang til elektronisk rapport. Vi fant en reduksjon, men ikke signifikante endringer, av rapportering i de tre kategoriene av sykepleieropplysninger: «Hud», «Respirasjon» og «Pasientens ressurser», samt én kategori legeopplysninger: «Videre planer».

Diskusjon

Lengre rapporter kan skyldes at det var et begrenset antall linjer å skrive på i papirvarianten, mens det i den elektroniske varianten var ekspanderende felter og i prinsippet

ubegrenset med plass. En årsak til at antall ord i legeopplysningene øker 129 prosentpoeng mer enn i sykepleieropplysningene etter overgang til elektronisk rapport, kan være at leger kan gjenbruke tekst fra journalnotater til utskrivningsrapporten. Sykepleierne ved Stavanger universitetssjukehus hadde ikke en slik praksis (7).

Problemet med uleselig håndskrift forsvinner med elektroniske utskrivningsrapporter (12). Man kan også argumentere for at rapportene blir mer presise fordi bruk av tegn og symboler («→»/«+»/«-») minimeres. Samtidig ligger det mye informasjon i ett tegn som man ellers vil bruke flere setninger på å beskrive.

Resultatene er noe tvetydige mht. i hvilken grad maler påvirker dokumentasjonspraksis. Det er ikke nødvendigvis slik at helsepersonell føler seg forpliktet til å skrive noe på alle punkter i en mal som er basert på lav grad av «teknisk tvang». Det er heller slik at opplysninger som ikke etterspørres i malen, har lett for å bli glemt, selv om de kunne vært relevante. Eksempelvis dokumenterte leger aldri «cave» (benevner noe pasienten må unngå) i den papirbaserte ut-

skrivningsrapporten, hvor det ikke var etterspurt i malen, mens «cave» var dokumentert i 25 % av de elektroniske, hvor det var lagt inn i malen. Sykepleierne rapporterte mindre for flere kategorier, mens de skrev mer under kategorien «status». Økt bruk av kategorien «status» kan ha stimulert til en tydeligere beskrivelse av pasientens tilstand ved innkomst for slik å tydeliggjøre endringer i status fra innkomst til utskrivning. Informasjon som tidligere ble rapportert under de respektive kategoriene «hud», «respirasjon» og «pasientens ressurser» kan dermed tenkes å ha blitt bakt inn i kategorien status. Nedgangen i rapportering av «telefon» er vanskelig å forklare. Men det faktum at de første fire sifrene i telefonnummeret var automatisk fylt ut i malen, kan ha fått helsepersonell til å oppfatte telefonnummeret som utfylt og dermed gjort en mindre bevisst på at de resterende tallene måtte fylles ut manuelt.

Konsekvenser for samhandlingen

Det er et problem både for fastleger og helsepersonell i kommunehelsetjenesten at informasjon uteblir, er mangelfull eller kom-

Tabell 1 Forekomst av helseopplysninger før og etter overgang til elektronisk rapport. N = 121

Helseopplysninger	Forekomst papir n = 69	Forekomst elektronisk n = 52	P-verdi
	Antall (%)	Antall (%)	
<i>Legeopplysninger</i>			
Diagnose	63 (91,3)	50 (96,1)	0,29
Cave	–	13 (25,0)	–
Årsak til innleggelse	57 (82,6)	48 (92,3)	0,12
Familie/sosialt	4 (5,8)	8 (15,3)	0,08
Tidligere sykdommer	15 (21,7)	21 (40,4)	0,03
Funn og undersøkelser	50 (72,5)	47 (90,4)	0,01
Forløp og behandling	53 (76,8)	47 (90,4)	0,05
Funksjonsnivå og hjelpetiltak	6 (8,7)	11 (21,2)	0,05
Vurdering	30 (43,5)	39 (75,0)	< 0,001
Videre planer	41 (59,4)	27 (51,9)	0,41
Informasjon til pasient og pårørende	2 (2,9)	4 (7,7)	0,23
<i>Sykepleieropplysninger</i>			
Aktivitet	36 (52,2)	29 (55,8)	0,70
Psykisk og sosialt	24 (34,8)	24 (46,1)	0,21
Kommunikasjon	2 (2,9)	5 (9,6)	0,12
Ernæring	29 (42,0)	22 (42,3)	0,10
Sirkulasjon	9 (13,0)	12 (23,1)	0,15
Smerte	13 (18,8)	14 (26,9)	0,29
Hud	14 (20,3)	9 (17,3)	0,68
Respirasjon	13 (18,8)	8 (15,3)	0,62
Døende/terminal	0	0	–
Ressurser	36 (72,5)	23 (44,2)	0,39
Sykepleiediagnose	49 (71,0)	41 (78,8)	0,33
Status	14 (20,3)	27 (51,9)	< 0,001
Tiltak	50 (72,5)	39 (75,0)	0,75

Tabell 2 Forekomst av administrative/praktiske opplysninger før og etter overgang til elektronisk rapport. N = 121

Administrativ/praktisk opplysning	Forekomst på papir n = 69	Forekomst elektronisk n = 52	P-verdi
	Antall (%)	Antall (%)	
Pasientens fastlege	41 (59,4)	52 (100)	0,00
Pasientansvarlig overlege	56 (81,2)	39 (75,0)	0,41
Pasientansvarlig assistentlege	40 (58,0)	48 (92,3)	0,00
Pasientansvarlig sykepleier	45 (65,2)	51 (98,1)	0,00
Post	62 (89,9)	52 (100)	0,02
Telefon	47 (68,1)	25 (48,1)	0,00
Innlagt dato	58 (84,1)	52 (100)	0,01
Utskrevet dato	60 (87,0)	52 (100)	0,00
Søkt kommunehelsetjenesten	7 (10,1)	– ¹	–
Planlagt utskrevet dato	21 (30,4)	–	–
Dato underskrift sykepleier	32 (46,4)	–	–
Underskrift pasientansvarlig sykepleier	40 (58,0)	–	–
Medisiner ved utskriving	68 (99,0)	49 (94,2)	0,19
Svelgeproblemer	0	–	–
Antall enheter, tabletter, ml, mv.	67 (97,1)	48 (92,3)	0,23
Resepter fra sykehuset	15 (21,7)	20 (38,4)	0,05
Videre oppfølging	28 (40,6)	15 (28,8)	0,26
Dato underskrift lege	64 (92,8)	–	–
Underskrift lege	64 (92,8)	–	–
Sykmeldt f.o.m. t.o.m.	0	–	–
Friskmeldt dato	0	–	–
Dato for kontroll	3 (4,3)	–	–
Sted kontroll	5 (7,2)	–	–

¹ Fordi malene for papirbasert rapport og elektronisk rapport ikke er fullstendig identiske, var det 11 kategorier opplysninger man ikke kunne forvente å finne i elektronisk rapport. Disse har det dermed ikke vært mulig å analysere

mer for sent (13, 14). Denne studien gir ikke noe svar på om elektroniske meldinger bøter på tilgjengeligheten til informasjon. Men studien viser at å starte med utveksling av elektroniske meldinger alene bare i noen grad endrer informasjonsinnholdet. Det er mange rutiner som må på plass for å utnytte potensialet til elektronisk samhandling. Arbeidet med informasjonsinnholdet må følges parallelt med innføring av IKT. Likevel er det verdt å merke seg at helsepersonell i kommunen er svært fornøyd med å motta elektroniske meldinger. God lesbarhet og enklere tilgjengelighet til informasjonen veier tungt, og gjør at ingen ønsker seg tilbakemelding til papirrapporter (6, 7).

I den nye Samhandlingsreformen tas mange av utfordringene knyttet til samhand-

ling opp gjennom satsing bl.a. på «kultur og kommunikasjon» og «elektronisk samhandling» i det som omtales som en «floke som skal løses» (1). IKT kan bidra til å løse opp i floken ved at mer skreddersydde løsninger utvikles. Det forutsetter kunnskap om hvilken informasjon de ulike helsepersonellgruppene trenger, dvs. man må forstå hverandres kultur og behov. Utarbeiding av spesialiserte innholdsmaler i de elektroniske systemene gir føringer for hva innholdet skal være. Dette kan lette informasjons- og dokumentasjonsarbeidet for helsepersonell. I tillegg må man innad i organisasjonene arbeide for at det eksisterer gode rutiner som følges. Slik kan samhandlingen mellom sykehus og kommuner styrkes, til beste for pasientene.

Vi takker Sissel Skarsgård og Egil Rasmussen for bistand med innhenting av datamaterialet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen.html?id=524777 [1.11.2009].
2. Departementenes servicesenter. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2008/bjarne-hakon-hanssen-varslar-ny-samhandl.html?id=524848 [15.1.2009].
3. Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013, 2008. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00047/Samspill_2_0_-strate_47719a.pdf [2.11.2009].
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Programdirektiv. Nasjonalt meldingsløft 2008–2010, 2008. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00084/Programdirektiv_for_84869a.pdf [2.11.2009].
5. Helsedepartementet, Sosialdepartementet. S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Oslo, 2004. www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2004/0004/ddd/pdfv/201808-s@mspill_2007.pdf [2.11.2009].
6. Melby L, Hellesø R. Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten: Erfaringer fra fyrårnsprosjektene. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.
7. Snøfugl G, Hellesø R. Elektronisk kommunikasjon: Lenge leve telefon og tradisjon. Rapport fra intervjuer i Stavanger. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006.
8. Håland A, Straume LH. Elektronisk meldingsutveksling – mer enn bare en e-brevdue? Masteroppgave. Ålborg: Aalborg Universitet, 2005.
9. Bergström G, Boréus K. Textens mening og makt: metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys. Lund: Studentlitteratur, 2000.
10. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Trondheim: SINTEF Unimed, 2003.
11. KITH. Medisinsk-faglig innhold i epikriser. «Den gode epikrise» nr. 32/02/2002. Trondheim: KITH, 2002.
12. Lothrington AT, red. Telemedisin i pleie- og omsorgstjenesten: Et nødvendig redskap for utvikling av primærhelsetjenesten?: sluttrapport fra prosjektet SES@M Tromsø. Tromsø: NORUT samfunnsforskning 2006.
13. Paulsen B, Grimsø A. God vilje, dårlige verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrenghende eldre nr. A7877/2008. Trondheim: SINTEF Helse, 2008.
14. Kværner K, Tjerbo T, Botten G et al. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2815–7.

Manuskriptet ble mottatt 22.1. 2009 og godkjent 19.11. 2009. Medisinsk redaktør Erlend Hem.