

KAPITTEL 7

Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner

Line Melby

SINTEF Digital og Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Ragnhild Hellestø

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Berit Brattheim

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Pieter Toussaint

Institutt for datateknologi og informatikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag: Parallelt med innføring av samhandlingsreformen har flere tiltak blitt iverksatt for å støtte samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ett slikt tiltak er pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), et digitalt system for informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til samhandling omkring pasienter som trenger oppfølging på tvers av tjenestenivåer. Basert på kvalitative data fra to studier om samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste presenterer og diskuterer vi tre utfordringer spesifikt relatert til kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom tjenestene. En sentral utfordring er at informantene tidvis opplever at

Sitering av dette kapitlet: Melby, L., Hellestø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I R. Hellestø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 131–152). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>
Lisens: CC BY 4.0

informasjonen de mottar er irrelevant eller feil. Videre hadde de fleste erfart tilfeller der informasjonen er framstilt på en dårlig strukturert måte, noe som igjen ledet til at det kunne mangle opplysninger og at det ble vanskelig å forstå innholdet. En siste utfordring var at informasjonen kom mottaker i hende for sent til å være nyttig. Disse tre utfordringene blir analysert gjennom et multidimensjonalt rammeverk for informasjonskvalitet. Analysen viser at innføring av PLO-meldinger styrket noen av dimensjonene innenfor informasjonskvalitet, men på langt nær alle. Vi trekker fram elementer som bidrar til å styrke informasjonskvaliteten, samt peker på mulige forbedringsområder når det gjelder digital kommunikasjon og informasjonsutveksling.

Nøkkelord: Helse- og omsorgstjenesten, samhandling, informasjonskvalitet, kommunikasjon, sykehus, hjemmesykepleie

Abstract: Following the introduction of the Coordination reform, several measures have been introduced to support collaboration between hospitals and municipal care services. Among them is a system for information exchange and communication (PLO-messages). However, there are still challenges in achieving good collaboration and seamless care for patients who require healthcare services across different levels. Based on qualitative data from two studies on collaboration between hospitals and homecare services, we present and discuss three challenges specifically related to information exchange and communication between the parties. A main finding is that the information received was not consider relevant, or it was incorrect. Furthermore, informants found on several occasions that information was poorly structured, causing problems with e.g. completeness and readability. Thirdly, information was coming too late to be useful. These three problems were analyzed using a multi-dimensional framework for information quality. The analysis showed that while for some dimensions the quality of information improved after the introduction of PLO-messages, this is not the case for many other dimensions. The analysis points to elements that promote efficient information exchange, while it at the same time points at directions for improvement.

Keywords: healthcare, collaboration, information quality, communication, hospital, homecare

Introduksjon

Innføring av samhandlingsreformen i 2012 førte til et taktskifte i mange pasientforløp. Undersøkelser viser at pasienter som skrives ut av sykehus i dag, har større behov for helsehjelp enn før, at pasienter skrives ut tidligere enn før (Helsedirektoratet, 2016), og at andelen pasienter som reinnlegges øker (Kristoffersen, Hansen, Tomic & Helgeland, 2017). Kommunene må derfor følge opp sykere pasienter i et høyere tempo. Manglende kunnskap om pasienten, for dårlig kompetanse og lav bemanning skaper utfordringer når det gjelder å gi pasienten et godt tilbud i kommunen. Tilsvarende kan sykehusene ha utfordringer med at de har for

lite kunnskap om pasienten som legges inn, og de opplever et sterkt press om å skrive pasientene ut så fort som mulig. Å skape god sammenheng i pasientforløpene for disse pasientene er således utfordrende.

For å nå målene om sammenhengende, godt koordinerte tjenester av høy kvalitet for pasientene, samt ivaretagelse av pasientsikkerhet, stilles det krav til god organisering på tvers av helse- og omsorgstjenestene (Helsetilsynet, 2016; Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Det gjøres en kontinuerlig innsats i helseforetak og kommuner for å skape bedre samhandling. Dette omfatter virkemidler av ulik art og på ulike nivåer, hvorav en del er lovfestede tiltak. På et overordnet nivå er det for det første et krav i samhandlingsreformen, samt i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), at de regionale helseforetakene skal opprette avtaler med kommuner som definerer partenes ansvar og plikter i samhandlingen. For det andre er det innført betaling for utskrivningsklare pasienter, det vil si at kommuner som ikke kan ta imot disse pasientene, må betale dagbøter til sykehuset (Torjesen & Vabo, 2014). Som et tredje tiltak har sykehus opprettet fagråd og faglige diskusjonsforum der blant annet kommunerepresentanter og fastleger deltar der. Disse har til hensikt å drøfte problemstillinger knyttet til samhandling og komme til enighet om hvordan utfordringer kan løses. Partene har også opprettet samhandlingsavdelinger og samhandlingsansvarlige.

Et fjerde tiltak for å styrke informasjonsutveksling og kommunikasjon er knyttet til innføring av digitale løsninger. Effektiv informasjonsutveksling og muligheter for kommunikasjon er helt sentralt for å skape godt koordinerte pasientforløp. Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) ble gradvis innført fra 2011 i Norge som et digitalt verktøy for kommunikasjon mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus og fastleger. Vi har tidligere gjort flere studier på bruken av PLO-meldinger og konkludert med at de generelt sett er en suksess. I skrivende stund piloterer dialogmeldingene i PLO-meldingene som kommunikasjonsredskap mellom Helse Vest RHF og fastleger. I Helse Midt-Norge jobber man med Helseplattformen, som er en konkretisering av målet i Stortingsmeldingen «Én innbygger, én journal», altså en felles journal for alle helsearbeidere der det er mulig å dele pasientinformasjon på tvers av organisatoriske skillelinjer.

Til tross for at det gjøres en stor innsats for å skape gode overganger mellom sykehus og kommuner, rapporteres det jevnlig om problemer, for eksempel at pasienter kommer hjem fra sykehus uten at hjemmesykepleien har fått beskjed, og at pasienter skrives ut til hjemmet fredag kveld uten nødvendige legemidler. Slike problemer skyldes typisk mangelfull informasjonsutveksling mellom samarbeidspartnerne. I dette kapitlet skal vi se særlig på informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykepleiere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og på sykehus som et ledd i å skape god samhandling mellom de to nivåene i helsetjenesten. Sykepleiere spiller en helt sentral rolle i samhandlingen omkring pasientene. Det gjelder både internt i en avdeling på sykehus, på tvers av avdelinger i sykehus, og i samhandlingen mellom sykehus og kommuner, eller med andre samarbeidspartnere innenfor helse- og velferdstjenestene (NAV etc.).

Kapitlet baserer seg hovedsakelig på datamateriale fra to studier, «Samhandling med IKT» (SIKT), et delprosjekt av evaluering av samhandlingsreformen (2013–2016), og «Legemiddeloppfølging for pasienter ved utskrivning fra sykehus til hjemmet – Samhandlingsutfordringer og pasientsikkerhet» (SAMPAS) (2017–18). I begge studiene har vi vært opptatt av å finne ut hva som hemmer og fremmer samhandling; hva oppleves som problematisk for de aktørene som skal samhandle, og hva fungerer godt? (studiene beskrives nærmere i metodeavsnittet). Basert på materialet fra disse to studiene løfter vi fram noen utfordringer knyttet til det å skape god samhandling på tvers av sykehus og kommune med vekt på informasjonsutveksling og kommunikasjon. Med utgangspunkt i et teoretisk rammeverk som beskriver «dimensjoner av informasjonskvalitet» drøfter vi deretter hvordan disse utfordringene kan forstås og løses.

Videre i kapitlet går vi gjennom perspektiver og begreper som ligger til grunn for analysen av datamaterialet. Vi gir også en kort oversikt over hvordan informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune, med vekt på digital samhandling, foregår i dag. Deretter går vi gjennom metode og materiale. Videre presenterer vi funnene, før vi avslutningsvis drøfter hva som gjør at informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune er stadig utfordrende.

Analytisk forståelse

Vi anvender perspektiver hentet fra fagområdene helsesosiologi og informasjonssystemer i fortolkningen av utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av sykehus og kommuner.

Kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune

Å sikre god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom de samhandlende aktørene kan betraktes som et viktig styringsmessig grep for å oppnå godt koordinerte helse- og omsorgstjenester og pasientforløp. I sin redegjørelse av hvordan koordinering i realisering av samhandlingsreformen blir styrt, presenterer Torjesen og Vabo (2014) en typologi (basert på Bouckaert et al. 2010). Typologien viser forskjellige typer koordineringsvirkemidler, de underliggende mekanismene for koordinering og eksempler på tiltak. Utvikling av «systemer for informasjonsutveksling» er et virkemiddel som faller inn under kategorien «organisatoriske virkemidler for koordinering.» Det er basert på en form for nettverksstyring, det vil si at det tilrettelegges for frivillig koordinering gjennom å stimulere organisasjoner til å ta hensyn til andre organisasjoners handlinger gjennom gjensidig tilpasning (Torjesen & Vabo, 2014). Forfatterne eksemplifiserer denne typen virkemidler med utvikling av Kompetansesenter for IT i helsesektoren (tidligere KITH, nå innlemmet i Direktoratet for eHelse), nasjonalt meldingsløft og strategier for standardisering innen eHelse. Utvikling av Norsk helsenett, som skal tilby et sikkert nettverk for informasjonsutveksling i helsesektoren, er et annet eksempel.

Utvikling og innføring av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) kan også betraktes som denne typen virkemiddel for å bedre koordinering. Tidligere studier har vist at PLO-meldinger er et viktig verktøy i samhandlingen mellom sykehus og kommuner så vel som mellom kommuner og fastleger (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014; Melby, Brattheim & Hellesø, 2015; Norges forskningsråd, 2016). Alle aktører i samhandlingskjeden har imidlertid ikke tilgang til PLO-meldinger. Dette omfatter blant annet poliklinikker i sykehus, legevakt og apotek.

Organiseringsarbeid og informasjonsarbeid

Sykepleiere gjør et omfattende organiserings- og informasjonsarbeid for å sikre pasientforløp med gode overganger slik at pasienten opplever et helhetlig tilbud. Sykepleieres arbeidspraksis er beskrevet i en lang rekke vitenskapelige arbeider. I dette kapitlet trekker vi veksler på innsikt om sykepleieres organiseringsarbeid, hvor informasjonsarbeid er et sentralt element.

Flere forfattere har beskrevet og drøftet betydningen av det ikke direkte pasientrelaterte arbeidet som sykepleiere utfører, men som har stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen og på pasientforløpet. Allen (2015) har skrevet utfyllende om det «organiseringsarbeidet», sykepleiere i sykehus utfører, herunder arbeidet med å samle og sammenfatte kunnskap om pasientene for å kunne gi dem riktig helsehjelp, kunnskapsoverføring mellom helsepersonell, samt organisering og styring av klinikkens ressurser. Slikt arbeid er sentralt for å koordinere og skape sammenhengende pasientforløp, ivareta pasientsikkerhet og for å best mulig utnytte organisasjonens ressurser. Allens budskap er at dette arbeidet er usynlig og undervurdert – og svært komplekst.

Strauss et al. (Strauss, Fagerhaug, Suczek & Wiener, 1997) påpekte allerede på 80-tallet et behov for å studere helsepersonells informasjonsarbeid. Deres budskap var at forskere som er opptatt av å forstå arbeidspraksis, bør undersøke hva slags informasjon som blir overført, av hvem, til hvem, når og hvor. I tillegg bør man også undersøke hva slags informasjon som *ikke* blir formidlet. Tanken er at kunnskap om informasjonsutveksling gir et bilde av hvordan organisasjonen muliggjøres. Informasjonsarbeid må forstås både ut ifra den konkrete arbeidsoppgaven som skal gjøres (og som er utgangspunkt for informasjonsutvekslingen), og ut ifra den konteksten hvor informasjonsarbeidet gjøres (Strauss et al., 1997).

Sykepleiere gjør forskjellige typer informasjonsarbeid og de bruker ulike medier for å formidle budskapet sitt. I overgangene mellom sykehus og kommuner kan man grovt sett si at det er tre hensikter med informasjonsarbeidet. For det første er det en hensikt å overlevere informasjon til den som overtar ansvaret for pasienten. Dette omfatter informasjon knyttet til pasientens helsetilstand og funksjonsnivå og hva slags behandling og/eller tjenester pasienten har fått. PLO-meldinger er utviklet blant annet for å ivareta dette behovet. For det andre er avklaring av pasientens

situasjon og tjenestebehov gjennom løpende kommunikasjon en hensikt. Denne typen informasjonsarbeid omfatter typisk sekvenser av spørsmål og svar mellom avsender og mottaker i sykehus og kommune og kan skje både gjennom telefon, dialogmeldinger i PLO og ansikt til ansikt. For det tredje er det en hensikt å dokumentere behandling og sykepleietiltak som er gjennomført, hvilket er et krav i helsepersonelloven (§ 39. *Plikt til å føre journal*). Dette omfatter dokumentasjon i pasientjournalen mens pasienten befinner seg enten hjemme/i kommunen eller på sykehuset (fortløpende i journal) og dokumentasjon ved endring av tjenestenivå, for eksempel ved utskrivning fra sykehus. Epikrise og PLO-utskrivningsmelding er typiske verktøy som brukes til dette.

Selv om sykepleiere utfører mye informasjonsarbeid som eksemplifisert over, og stadig får bedre (digitale) verktøy for å gjøre det, kan det likevel skje at det er manglende kvalitet på informasjonen som overleveres. Dette kan i sin tur føre til feilbehandling og manglende oppfølging av pasienten etc. Kvalitet er et mangetydig begrep, og for bedre å forstå hva som kan gå galt i overføring av informasjon, tar vi utgangspunkt i en flerdimensjonal forståelse av informasjonskvalitet.

En flerdimensjonal forståelse av informasjonskvalitet

Flere forskere har beskrevet ulike dimensjoner av informasjonskvalitet (se Alter, 2006 og Ge & Helfert, 2007). Alter (2006) deler informasjonskvalitet i fem kategorier: indre informasjonskvalitet, tilgang og tilgjengelighet til informasjonen, kontekstuell kvalitet på informasjonen, kvalitet på informasjonens representasjon samt informasjonssikkerhet. Tabell 1 viser de fem kategoriene og de underliggende dimensjonene.

Noen av dimensjonene i modellen kan bli vurdert uavhengig av brukskonteksten og/eller brukeren, mens andre krever at disse blir tatt med i betraktningen. Eksempelvis kan presisjon og alder vurderes ut ifra informasjonen alene. Tidsriktighet kan imidlertid kun vurderes når man tar i betraktning for hvilket formål informasjonen skal brukes. Fehrenbacher og Helfert har i tillegg funnet at vektning av de forskjellige dimensjonene endres avhengig av bruker og kontekst (se Fehrenbacher & Helfert, 2012,

Dimensjon	Beskrivelse
1. Indre informasjonskvalitet	
Nøyaktighet	I hvilken grad informasjonen er feilfri og nøyaktig
Presisjon	Grad av detaljrikdom
Alder	Tiden løpt mellom når informasjonen ble skapt, og når den blir brukt
Pålitelighet	I hvilken grad informasjonen er til å stole på
Sporbarhet	Muligheter for å spore original informasjonskilde
Informasjonskildens pålitelighet	I hvilken grad den opprinnelige informasjonskilden er pålitelig
Objektivitet	I hvilken grad informasjonen er farget av forfatterens egne synspunkter
2. Tilgang og tilgjengelighet til informasjonen	
Tilgangskontroll	Begrensninger på tilgang til kun autoriserte brukere
Tid før tilgang	Gjennomsnittlig tid det tar å hente ut informasjonen
Brukernes kontrollmulighet av informasjonstilgang	I hvilken grad brukeren kan kontrollere om man har fått tilgang til all tilgjengelig informasjon
3. Kontekstuell kvalitet på informasjonen	
Relevans	I hvilken grad informasjonen gjør en forskjell for brukerens oppgaver
Merverdi	Informasjonens verdi i brukskonteksten
Tidsriktighet	I hvilken grad informasjonens alder og tilgjengelighet er egnet for å støtte oppgavene til brukeren
Kompletthet	I hvilken grad informasjonen inneholder alle relevante opplysninger det er behov for i forhold til beslutningstaking og handling
Normativt passende	Hvor aktuelt/passende det er å anvende informasjonen i den gitte konteksten
4. Kvalitet på informasjonens representasjon	
Konsis	I hvilken grad informasjonen er poengtert og presist representert
Konsistens i representasjon	Den samme informasjonen er alltid representert på samme måte
Fortolkningsrom	I hvilken grad informasjon er klar og utvetydig
Lett forståelig	Informasjonen er klart framstilt og lett å forstå
5. Informasjonssikkerhet	
Uautorisert tilgang	Informasjon er tilgjengelig for brukere som ikke bør ha tilgang
Sårbar for upassende bruk	Informasjon blir brukt til et formål som den ikke bør/kan brukes til

Tabell 1. Dimensjoner av informasjonskvalitet, etter Alter, 2006.

Tabell 9). Det skaper en utfordring ved utveksling av informasjon for å støtte samhandling, hvor forskjellige brukere og forskjellige brukskontekster stiller forskjellige kvalitetskrav.

Metode og materiale

To studier med kvalitativt design danner grunnlag for dette kapitlet. Den første, «Samhandling med IKT» (SIKT), var et delprosjekt av evaluering av samhandlingsreformen (2013–2016). Studien ble gjennomført i tre kommuner og ett sykehus. Utvalget ble gjort med utgangspunkt i at vi tidligere hadde gjennomført en studie hvor vi intervjuet helsepersonell på ett sykehus og i én samhandlende kommune. I SIKT vendte vi tilbake til det samme sykehuset og den samme kommunen. Hensikten var å se om vi kunne fange opp endringer som hadde funnet sted på de årene som hadde gått. Vi supplerte med to «nye» kommuner for å få større bredde i samhandlingserfaringer. Totalt intervjuet vi 41 personer, hvorav 24 jobbet i kommunene og 17 på sykehus. Informantene omfattet sykepleiere og saksbehandlere, samt to IKT-ansvarlige i kommunene. Vi utformet en intervjuguide som særlig fokuserte på hovedtemaene kvalitet, effektivitet og sikkerhet knyttet til digital samhandling. Intervjuene, som var semi-strukturerte i formen, ble gjort i 2014 av LM, BB og RH (forfattere av dette kapitlet).

Den andre studien er «Legemiddeloppfølging for pasienter ved utskrivning fra sykehus til hjemmet – Samhandlingsutfordringer og pasientsikkerhet» (SAMPAS) (2017–18). I denne studien, som også var intervjubasert, intervjuet vi hjemmesykepleiere og saksbehandlere i to kommuner, leger, sykepleiere og tre administrativt ansatte som jobber mye med samhandling fordelt på tre sykehus, samt en fastlege. Totalt ble 23 personer intervjuet. Intervjuguiden var bygd opp rundt temaene kommunikasjon og samhandling rundt pasienter som forflyttes mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, spesifikt utfordringer når det gjelder utveksling av legemiddelinformasjon og implikasjoner av mangelfull samhandling for pasientsikkerheten. Intervjuene ble gjort av LM og to andre prosjektdeltakere¹ i 2017–18. Også her gjorde vi semi-strukturerte intervjuer.

1 Irene Wæro og Stine Skaufel Kilskar.

Analyse

Analysen av materialet har foregått trinnvis og over tid. Vi har tidligere publisert fra andre deler av funnene der vi særlig har understreket at PLO-meldinger bidrar til mer effektiv samhandling (Melby et al., 2015). Samtidig har vi hele tiden vært bevisste på at det fortsatt er utfordringer omkring informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner. Analysen som ligger til grunn for dette kapitlet, startet derfor med at førsteforfatter gikk gjennom materialet fra de to studiene og så spesifikt etter det som informantene beskrev som utfordringer i informasjonsutveksling. Analysen hadde således en form for teoretisk utgangspunkt. Gjennom en fortolkende lesning av intervjutranskripsjonene (Kvale, 2007) dannet det seg et bilde av flere typer utfordringer. Vi gjorde en grov koding av utfordringene, og ble deretter enige om tre kategorier hovedutfordringer som også danner strukturen for resultatkapitlet. Det er verdt å merke seg at de fire forfatterne har forskjellige fagbakgrunn (sosiologi, sykepleievitenskap, radiografi, helseinformatikk), og at vi har derfor sett på data med ulike faglige perspektiver. Dette har forhåpentligvis bidratt til en grundig analyse og kategorier som gjenspeiler brede overordnede utfordringer, heller enn særfaglige tema og interesser.

Etiske overveielser

Begge studiene ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Generelle prinsipper for forskningsetikk, som informert samtykke og konfidensialitet, samt ivaretagelse av informasjonssikkerhet, har blitt fulgt gjennom arbeidet med studiene. Kommuner og informanter presenteres uten personidentifiserende opplysninger.

Resultater

Vi har identifisert tre utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og kommunikasjon når man skal samhandle på tvers av sykehus og kommuner. Bruk av PLO-meldinger er sentralt i informasjonsutvekslingen mellom disse og har derfor en stor plass i resultatdelen.

Den første utfordringen handler om at innholdet i den skriftlige informasjonen en får tilsendt, ikke samsvarer med det informasjonsbehovet

en har. Den andre utfordringen, som er beslektet med den første, handler om at mottakerne har behov for mer utfyllende og bedre strukturert informasjon enn tilfellet er i dag. Den tredje utfordringen dreier seg om at mottakerne opplever at informasjonen de har behov for, blir for sent tilsendt.

Informasjonsinnholdet samsvarer ikke med informasjonsbehovet

Mottakere av informasjon, enten det er sykepleiere i sykehus eller i kommune, får ikke alltid den informasjonen de trenger når de får tilsendt en PLO-melding. Mer konkret betyr det at mottaker vurderer informasjonen som irrelevant, eller som feilaktig.

Innleggelse

Når en bruker med pleie- og omsorgstjenester legges inn på sykehus, skal kommunen oversende PLO-innleggingsrapport slik at sykehuset har relevant og oppdatert informasjon for å ivareta pasienten. Meldingen har en delvis strukturert form, men kan suppleres med fritekst. I fritekstfeltet kan sykepleierne skrive helt ny tekst, eller de kan lime inn tekst de har kopiert fra journalen. Særlig hvis det står noe om innleggingsårsak i journalen, er det lett å kopiere denne teksten, forteller de. Men mange skriver inn en helt ny tekst. Informantene forteller at «det er litt opp til hver enkelt sykepleier» hva man vil hake av og skrive inn. Det vil si at hver enkelt sykepleier i prinsippet har stor individuell innflytelse på hva slags informasjon innleggingsrapporten inneholder.

Hva synes så mottakerne om innholdet i innleggingsrapporten? Intervjuene viste at det både er fornøyde og misfornøyde mottakere. Siden vi her konsentrerer oss om utfordringene, ser vi nærmere på dem som ikke er fornøyde med innholdet. På spørsmål om hvor nyttig informasjonen i innleggingsrapporten er for sykepleiere i sykehus, svarte to informanter:

- A: Egentlig ikke så veldig. Altså det er greit å vite hva [slags tjenester] de har fra før, og hva de får til hjemme er jo greit i forhold til oppholdet. Men vi har jo ikke noe vi skulle ha sagt i forhold til hva pasientene får senere. Det er kommunen som bestemmer alt (...) og da er det lite vesentlig hva de har fra før når kommunen (likevel) bestemmer.

- B: Det eneste som jeg synes det er greit at det står, er fastlege. Og så står det som regel en oppdatert medisinoversikt. Det kan være greit.
- A: Det er ikke den man bruker mest tid på å lese gjennom. Det er ikke så vesentlig for oss hvordan de fungerte hjemme, det har veldig liten betydning for oss når de er på sykehuset.

Sitatet tydeliggjør flere interessante poeng. Den ene informanten synes det er lite verdi i å vite hva pasienten har av kommunale tjenester. Det begrunner hun blant annet med at sykehuset ikke har noen innflytelse på hva slags tjenester pasienten skal få etter utskrivning. Det er formelt sett korrekt. Videre mener hun at det ikke er så viktig kunnskap å vite hvordan pasienten fungerte hjemme, siden det har liten betydning for ivaretagelse av pasientenes behov på sykehuset. Flere informanter har pekt på at det kan være stor forskjell på funksjonsnivået til en person ut ifra om vedkommende er på sykehus eller hjemme i vante omgivelser. Det kan bety at kunnskapen om fungering på det ene eller det andre steder har mindre relevans for samarbeidspartneren som påpekt i sitatet. Samtidig kan informasjon om hvordan pasienten normalt sett fungerer hjemme, tenkes å være av betydning når det gjelder å sette realistiske mål for pasienten etter utskrivning. Innleggelsesrapportens informasjon om fastlege og medisiner er imidlertid noe som sykehuset har behov for.

Dersom sykehuset skal ha nytte av rapporten, er det nødvendig at hjemmesykepleierne beskriver konkret hva de gjør hjemme hos pasienten, påpeker informanter fra bestillerkontor. Men IPLOS-scoring, som er den vanlige måten å vurdere funksjonsnivået på hos kommunale tjenestetottakere, viser seg å ha liten verdi for sykehuset:

Sykehuset etterspør ofte innleggelsesrapporten. Hjemmesykepleieren kjenner jo pasienten, men kanskje skriver de ikke akkurat hva de gjør der [hjemme hos pasienten]. Og det er jo det som er viktig for sykehuset. Og i innleggelsesrapporten er det en IPLOS[-scoring]. Den tar sykehuset litt avstand fra. De skjønner ikke tallene eller begrepene.

I intervjuene framkom det at enkelte av hjemmesykepleierne derfor lot være å score pasienter, siden sykehuset uansett ikke brukte resultatene.

Et område der mange informanter forteller at opplysningene ikke stemmer, er ved overføring av medisinformasjon fra kommune til sykehus.

Kommunen skal sende informasjon om medisiner for de brukerne de har overtatt ansvaret for medisinene til. Det er flere årsaker som gjør at medisininformasjonen kan bli feil, uten at vi skal gå i detalj på disse. En utfordring oppstår for brukere med multidose. En informant fortalte at det kan oppstå avvik ved at ikke-oppdatert medisinliste blir sendt til sykehuset:

I og med at de [fleste brukerne] har multidose, så har vi et ordinasjonskort som er fra apoteket som er samstemt opp mot multidosen. Men det som vi sender når vi får melding om innlagt pasient, er medisinlisten fra [fagsystemet]. Og den skal jo være oppdatert med ordinasjonskortet, men det er ikke bestandig at det er det, og da kan det bli feil.

Ett eksempel som ble nevnt, er at for en del pasienter, særlig eldre med multisykdom, har fastlegen gjerne brukt lang tid på å bygge opp en god kombinasjon av legemidler. Men når pasienten behandles på sykehuset og sykehuslegene endrer i medisinlista, har de ingen kunnskap om det arbeidet som er gjort av fastlegene i forkant. Derfor stiller flere hjemmesykepleiere, samt en fastlegeinformant, seg spørsmålet om kommunen burde sende noe mer detaljert informasjon om pasientens legemidler ved innleggelse. Historikken om pasientenes medisiner er ikke tilgjengelig for sykehuslegene, påpeker fastlegeinformanten.

Under sykehusoppholdet – med forberedelse til utskrivning

Ser vi på informasjon som overføres underveis i sykehusoppholdet (helseopplysningsmelding), eller ved utskrivning (utskrivningsmelding), finner vi også at det er stor variasjon i hva mottakerne synes om informasjonsinnholdet. En informant spissformulerte det slik: «Noen synes jeg er alt for omfattende, og på noen står det liksom ikke noe.» Manglende samsvar mellom innholdet i meldingene som sendes fra sykehuset og kommunens behov kan skyldes en rekke forhold. En sykepleier reflekterte rundt hva kommunen har behov for:

Jeg har jo fått høre fra kommunen at de setter pris på å få litt mer konkret på «Hva er bakgrunnen?», «Hva er våre vurderinger?», «Hva er problemstillingen?», «Hva tenker vi?», «Hva er planene videre?». Det er jo kjempeviktig at det kommer med på disse helseopplysningene. Det gir jo kommunen helt klart et nytt utgangspunkt, særlig hvis det er nye pasienter.

Kommunen ønsker seg både konkret informasjon om hva som er pasientens problem, hva som er gjort på sykehuset, og hva sykepleiernes vurdering av pasienten er. Intervjuene tyder på at det nok ikke er alle sykepleiere i sykehus som har et like bevisst forhold til hva kommunen har behov for. Det kan også være andre forklaringer på at kommunen ikke alltid får den informasjonen de trenger, som vi skal komme tilbake til.

Sykepleiere i kommunen kan tidvis reagere på at sykehuset kommer med det de kaller «bestillinger» på hva slags kommunale tjenester pasienten trenger, slik som en sykepleier i saksbehandlerrollen uttrykte det:

Sykehuset kommer med bestillinger, men vi ønsker at [sykehuset] skal beskrive hva pasienten trenger hjelp til. Kjennskapen til brukeren er ute i hjemmetjenesten.

Et annet hyppig nevnt eksempel på informasjon kommunen ønsker seg mer av, er medisinnopplysninger:

Legemidler synes jeg det er lite fokus på i helseopplysningene [meldingen]. De skriver lite om det. Da er det kun om de har intravenøs behandling og antibiotika. Intravenøs, da handler det om kommunen kan ta imot de når de har det. Ellers kan det være i forhold til at de står på behandling for hjertesvikt, at det er et nedtrappingsregime. Ellers er det ikke nevnt mye.

En forklaring på at kommunen får få medisinnopplysninger fra sykehuset gjennom PLO-meldinger er at det er sykepleiere som forfatter meldingene, mens det er legene som har ansvar for medisinen som sendes med epikrisen senere.

Informasjonen er for dårlig strukturert, for lite utfyllende og lite relevant

Behovet for bedre strukturert og dermed mer utfyllende og relevant informasjon er et annet tema som vi finner flere eksempler på i intervjuene. Strukturering av skriftlig informasjon i form av standarder/maler er et vanlig virkemiddel for å sikre at nødvendige opplysninger dokumenteres og formidles (Berg, 1999). Alle PLO-meldingene er mer eller mindre strukturert, men så fleksible at de ikke sikrer at nødvendig informasjon

inkluderes. Flere sykepleiere uttrykker også misnøye med malene, for eksempel at helseinformasjons-meldingen har felt som betyr nesten det samme. Vel så viktig som titlene på de forskjellige feltene i malen er at de blir fylt ut.

En sykepleier i sykehus påpeker for eksempel at man må passe på å skrive inn tekst på alle områder i utskrivningsrapporten, men har registrert at «mange hos oss sender av gårde bare en linje, ikke sant. At 'pasienten er innlagt for antibiotika i.v [intravenøst]', og så står det ikke særlig mye mer. Men da har det veldig lite for seg.» Utsagnet støttes av en annen sykepleier i sykehus som sa at:

Jeg tenker at vi og bydelen/kommunen kan være flinkere til å beskrive litt mer i meldingene. (...) Jeg ser jo noen helseopplysninger herfra som er fryktelige. Det står bare planlagt utskrivningsdato, og det sier jo ikke kommunen så mye.

Problematikken er velkjent for de kommunalt ansatte som skal planlegge oppfølgingen av pasienten. En saksbehandler medga at «det som ofte er litt problematisk, er at [meldingene] ikke er så utfyllende (...) det er den største jobben vår ... vi må etterspørre funksjonsbeskrivelse gang på gang.» Også de utøvende sykepleierne har merket seg mangelfullt utfylte utskrivningsrapporter:

- A: Jeg har vært borti utskrivningsrapporter som ikke har vært så bra. Noen hvor det ikke står noe som helst omtrent. Noen kan være blanke, mens andre står det dårlig hvordan vi skal følge opp videre hva som er gjort på sykehuset.
- C: Det står egentlig ikke hva de har konkludert med. Det står bare hva de har gjort. «Han har fått væske og gjort de og de undersøkelsene.» Det står ikke konklusjon, hva de har kommet fram til.

Også manglende medisinfoylsninger etter sykehusopphold påpekes som et problem blant de ansatte i hjemmesykepleien. Som vi var inne på ovenfor, kommer medisinfoylsningene med epikrisen. Men hjemmetjenestene ønsker seg oppdaterte medisinfoylsninger fra sykehuset før brukerne skrives ut, slik at de kan forberede seg. Helt konkret ønsker flere kommunalt ansatte seg en mer strukturert presentasjonsform av pasientens medisiner:

I løpet av de tjue årene jeg har jobbet, så synes jeg det er en enorm endring når det gjelder medisinbruk. Ja, de er mye dårligere. Før så hadde de kanskje to vann drivende og noe småtteri. Men det er jo en del yngre folk som er kronisk syke og som har mye sammensatt, som har enorme medisinlister. Og da skal du være rimelig klar i hodet når du leser epikrisene for å få med deg det som er gjort. Derfor hadde det vært greit med et sånt (standardisert) medisinskjema.

En annen hjemmesykepleier framhevet at når det er farmasøyter på sykehuset som har bidratt til å skrive medisinlista, er den litt mer oversiktlig fordi den har en tydeligere struktur: «Da står det 'ny', og det står 'endret'. Det er bra. Det er mye lettere å se over.»

Sykepleierne i kommunen synes at en klar struktur er særlig viktig når pasientene har lange medisinlister. Spesielt skulle endringer, samt nye medisiner, vært markert mer tydelig og underbygget med en begrunnelse.

Vi fant også eksempler på at kommunene opplevde at de får for lite opplysninger når sykehuset gjør om pasientens utskrivningsdato, noe som skjer ganske ofte. Endringer av utskrivningsdato gjøres gjennom PLO-meldingen «avmelding av utskrivningsklar pasient», men det følger ikke med noen begrunnelse for endringen i meldingen. For de som planlegger mottaket av pasienten i kommunen, betyr det en usikkerhet knyttet til hva slags endringer som har skjedd, hva slags konsekvenser det har for pasienten – og følgelig hva slags konsekvenser det har for kommunen.

Informasjonen kommer for sent

En tredje utfordring som beskrives, er at informasjonen helsearbeiderne trenger for å gi et godt tilbud til pasienten, kommer for sent. Utfordringen ser ut til å være særlig stor for kommunen som skal følge opp pasienten etter utskrivning fra sykehuset. Vi vil understreke at det generelt sett er enighet både blant informanter i sykehus og i kommune om at innføring av PLO-meldinger har ført til raskere tilgang til informasjon. Det er frister på å sende og besvare meldinger selv om flere informanter uttrykker at de er usikre på hva fristene faktisk er. Men vi finner også flere eksempler på at informasjon kommer for sent, og dette problemet er særlig stort når det gjelder informasjon om pasienter som skrives ut.

Når en pasient skrives ut fra sykehus, skal kommunen varsles i forkant ved hjelp av «melding om utskrivningsklar pasient», som informerer om når pasienten vil bli skrevet ut. I tillegg skal sykehuset sende utskrivningsrapport i forkant av, eventuelt samtidig med, at pasienten skrives ut. Vi har tidligere vært inne på at utskrivningsrapporten kan være mangelfullt utfylt, og at hjemmesykepleien mangler tilgang til oppdaterte medisinfo opplysninger som må sendes gjennom epikrisen. Intervjuene viser at det er mange eksempler på at kommunen får epikrisen for sent. En informant i hjemmesykepleien beskrev at sykehuset har et system der de skal sende med epikrise, sykepleiersammenfatning (tilsvarer utskrivningsrapport) og resepter. Men at det hender regelmessig at sykehuset ikke har sendt med medisiner til neste dag, at de ikke har sendt med epikrisen, at de ikke har sendt med «noen ting», hvilket fører til frustrasjon blant hjemmesykepleierne. Tilsvarende forteller en sykepleier fra en annen kommune om første besøk hjem til en pasient som er utskrevet fra sykehuset:

Jeg vet ingenting om hva som har skjedd. Har kanskje ikke fått ordentlig epikrise eller uforståelig medisinaliste, ikke resepter. Og så får fastlegen epikrise mye senere, og de er ikke villige til å skrive ut medikamenter før de har fått den. Da ringer vi og maser og får dem [sykehuset] til å fakse [medisinalisten].

Informasjon som kommer for sent, fører til problemer og merarbeid for hjemmesykepleierne, og kan i verste fall føre til problemer for pasienten. Gjennom den ene studien (SAMPAS) ble vi kjent med at Helse Midt-Norge prøver ut en løsning der kliniske farmasøyter bistår sykehusavdelingene med å gjøre legemiddelgjennomganger og utforme oppdaterte medisinalister som sendes med pasienten ved hjemreise. Til tross for at epikrisen (medisinfo opplysninger) tidvis kommer for sent, er det likevel ganske stor forståelse for at det kan ta tid å få skrevet epikrisen og sendt den ut. En sykepleier i sykehus utdypet:

Det er tiden det går på. Det er ikke fordi man ikke gidder, men de har for mye å gjøre. de skal bli ferdige med visitt, bestille undersøkelser, ta papirarbeid i etterkant. Og da har vi kanskje allerede sendt pasienten hjem. Tidspres. Kapasitet.

For kompliserte pasienter kan det ta lengre tid å lage en god epikrise, og sykehuset må for eksempel vente på prøvesvar før de ferdigstiller

epikrisen. For å klare å organisere et godt kommunalt behandlingstilbud er det uansett en stor fordel å få epikrisen så raskt som mulig.

Diskusjon

I resultatdelen har vi beskrevet tre hovedutfordringer i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommuner: manglende samsvar mellom informasjonsbehov og informasjonsinnhold, behov for bedre strukturert informasjon og at informasjonen kommer mottakeren for sent i hende. Generelt sett finner vi at det er kommunen som opplever de største utfordringene. Dersom vi ser på utfordringene ut ifra Alters (2006) informasjonskvalitetsrammeverk, ser vi at det særlig er noen dimensjoner av kvalitet som ivaretas dårlig i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune.

Når det gjelder *manglende samsvar* mellom hva mottakeren trenger av informasjon og hva som sendes, eksemplifiserte vi denne utfordringen særlig med PLO-innleggsrapport. Generelt sett kan vi si at dimensjoner om tilgang og tilgjengelighet til informasjon (Tabell 1) er forholdsvis godt ivaretatt i denne fasen, særlig sammenliknet med situasjonen før PLO-meldinger ble innført. Da fikk sykehuset ingen skriftlig informasjon fra hjemmetjenesten. Videre er dimensjonene under informasjonssikkerhet godt ivaretatt ved digital kommunikasjon gjennom PLO-systemet. Det kan være en grunn til at brukerne er fornøyd på et overordene nivå med denne måten å jobbe på.

Årsaker til at det fortsatt ikke er optimal kommunikasjon mellom samhandlingspartnere i denne fasen, skyldes dermed mangel ved andre dimensjoner av informasjonskvalitet. Sykepleiere i sykehus påpeker blant annet at innleggsrapporten har lav relevans for dem, det vil at den kontekstuelle kvaliteten på informasjonen er (for) lav. Funnene viste også at IPLOS-scoring som gjøres i kommunen, heller ikke har relevans for sykepleiere i sykehus, og den har liten verdi i brukskonteksten. IPLOS-scoringer kan i tillegg være gjort i kommunen lenge før brukeren blir innlagt, og representerer dermed også en utfordring når det gjelder alder og tidsriktighet, to dimensjoner av indre informasjonskvalitet og kontekstuell kvalitet.

Tar vi perspektivet til kommunen som mottaker av informasjon, er det typisk helseopplysningsmelding og utskrivningsmelding som sykehuset sender til kommunen som oppleves å ha varierende kvalitet. Her er det særlig den indre informasjonskvaliteten som vurderes som for lav av mottaker, men også den kontekstuelle kvaliteten på informasjonen kan være problematisk. For eksempel viste vi i resultatdelen at presisjonen kan være dårlig: Mottakerne erfarer å få for mye informasjon, eller altfor lite informasjon. Det er også utfordringer med relevans og merverdi av informasjonen. Ett eksempel på dette er opplysninger kommunen opplever som «bestillinger» fra sykehuset. Dette er informasjon uten stor verdi for kommunen. Kommunen ønsker seg heller detaljert og konkret informasjon om hva som har skjedd med pasienten på sykehus, enn konklusjonen i form av en bestilling. Altså informasjon som er mer nøyaktig, har større detaljrikdom og som dermed er relevant når kommunen skal planlegge brukerens tjenestetilbud.

Den andre hovedutfordringen er at mottaker opplever at informasjonen er *for dårlig strukturert, mangelfull og lite relevant*. Ut ifra informasjonskvalitetsrammeverket (Alter, 2006) vil dårlig struktur blant annet gi følger for kvalitet på informasjonens representasjon. I vårt tilfelle ser vi særlig at informasjonen ikke er poengtert og presist representert. For eksempel gjelder dette medisinlister som sendes fra sykehuset til kommunen. Hvis det ikke markeres tydelig at en medisin er «ny», eller «endret» i dosering, blir det mer krevende for mottakerne i kommunen å oppfatte endringer. Dårlig struktur øker også sjansen for generelt lav indre informasjonskvalitet (f.eks. lav grad av detaljrikdom) og påfølgende dårlig kontekstuell kvalitet på informasjonen. Dårlig struktur åpner også opp for stor grad av subjektivitet blant avsenderne av informasjon, som i sin tur betyr at den heller ikke blir konsistent representert over tid og på tvers av avsendere.

Dårlig eller mangelfull struktur skaper problemer for sykepleierne som skal skrive meldinger. Dersom strukturen er for åpen, kreves det kompetanse og kunnskap om mottakerens behov for å vite hva man skal skrive, og en stadig oppmerksomhet på samarbeid. Dette kan vi forstå som elementer av samhandlingskompetanse (Winsvold, 2011), noe som blir stadig viktigere i en tid hvor det stilles økende krav til samarbeid på tvers. En

annen utfordring er at meldingene i stor grad farges av forfatterens egne synspunkter, det vil si at de står i fare for å ha lav objektivitet, som Alter (2006) kaller det. For at teksten skal bli presis og relevant når strukturen er dårlig, stilles det store krav til sykepleierne (eller andre som skriver), både når det gjelder klinisk fagkunnskap og samhandlingskompetanse. Å gjøre et godt stykke informasjonsarbeid er dermed en komplisert oppgave, og det er et godt eksempel på en form for usynlig organiseringsarbeid (Allen, 2014, 2015). Det er grunn til å stille spørsmål om hvilken opplæring om informasjonsarbeid sykepleiere får under utdannelsen, gitt at dette arbeidet er svært viktig for å sikre gode pasientforløp.

At informasjonen *kommer mottakeren for sent i hende* til å være nyttig, er den tredje utfordringen vi har beskrevet. Relatert til informasjonskvalitet er det særlig dimensjonene tidsriktighet og alder som er problematiske. I materialet vårt blir denne utfordringen ofte eksemplifisert med at epikrisen, inkludert medisinlista, blir sendt fra sykehuset for sent. Det er særlig behovet for oppdatert legemiddelinformasjon som utløser frustrasjon og merarbeid blant sykepleierne i kommunen. Det er jobbet mye i sykehus for å få ned tiden mellom pasientens utskrivning og sending av epikrise. Denne studien viser imidlertid at det i mange tilfeller fortsatt tar for lang tid. For øvrig er informantene stort sett fornøyde med at de får PLO-meldingene raskt. Men dersom PLO-meldingene ikke inneholder all relevant informasjon, er man like langt. I intervjuene med hjemmesykepleiere framkom det at de setter i gang et stort arbeid for å få oppdatert pasientens medisiner. Fra å gjøre enkelt informasjonsarbeid vris arbeidet over til fullskala organisering og mobilisering av aktører for å oppdatere legemiddellister og skaffe pasienten de riktige medisinene. Dette er også en type usynlig arbeid som ikke er beskrevet i sykepleiefaglig pensumlitteratur, men som enhver hjemmesykepleier vil kjenne seg igjen i, er vår erfaring. Og det er arbeid som er helt avgjørende for at brukeren skal få nødvendig helsehjelp.

Konklusjon

Informasjonsutveksling og kommunikasjon i samhandlingen mellom kommuner og sykehus har helt tydelig blitt mye enklere og mer effektiv

etter innføring av PLO-meldinger. Kvaliteten på informasjonen har økt når det gjelder tilgang og tilgjengelighet, samt at informasjonssikkerheten er styrket. Informasjonen er i prinsippet mye enklere tilgjengelig enn tidligere, da sykepleiere måtte ringe rundt for å innhente opplysninger om pasienter. Alle utfordringer er imidlertid ikke løst. Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder indre informasjonskvalitet, kontekstuell kvalitet på informasjonen og kvalitet på hvordan informasjonen er representert. Det pågår arbeid for å løse disse utfordringene, for eksempel vil innføring av Helseplattformen ytterligere øke tilgjengelighet til informasjon og strukturere den på nye måter. Utfordringene lar seg imidlertid ikke løse ved bare å forbedre de teknologiske løsningene. Det er veletablert kunnskap at organisering og arbeidsprosesser rundt digitale løsninger er minst like viktige som selve den teknologiske løsningen. Videre er det nødvendig å ha i mente at man aldri vil klare å skape perfekt informasjonskvalitet, og at ikke alle dimensjonene er like viktig i de forskjellige brukskontekstene. I videreutviklingen av digitale samhandlingsløsninger vil det være nødvendig å ha god kunnskap om brukernes konkrete arbeidsoppgaver og brukskonteksten for å prioritere riktig når det gjelder hvilke elementer av informasjonskvalitet som er viktigst å forbedre.

Referanser

- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.036>
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Oxon: Routledge.
- Alter, S. (2006). *The work system method: Connecting people, processes, and IT for business results*. Larkspur, CA: Work System Press.
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: A sociotechnical approach. *International journal of medical informatics*, 55, 87–101. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(99\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(99)00011-8)
- Bouckaert, G., Peters, B. G. & Verhoest, K. (2010) *The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230275256>
- Fehrenbacher, D. D. & Helfert, M. (2012). Contextual factors influencing perceived importance and trade-offs of information quality. *Communications of the*

- Association for Information Systems*, 30(8), 111–126. <https://doi.org/10.17705/1cais.03008>
- Ge, M. & Helfert, M. (2007). A review of information quality research—develop a research agenda. Proceedings of the 12th International Conference on Information Quality, 2007.
- Helsedirektoratet (2016). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet 2015. IS-2483*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30.
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. Rapport 1/2016. Oslo: Helsetilsynet.
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Tomic, O. & Helgeland, J. (2017). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12590>
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: Providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (23–24): 3389–99. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen* Lysaker: Norges forskningsråd.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport 2014: 21*. Oslo: NIBR.
- Strauss, A. L., Fagerhaug, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*, (2 utg.). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Torjesen, D. O. & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winsvold, A. (2011). *Evaluering av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. NOVA Rapport 18/11. Oslo: NOVA.