

**Hva tilfører denne artikkelen?**

Artikkelen viser at mangelfull dokumentasjon av helsetilstanden er vanlig når eldre mennesker legges inn på sykehjem.

**Mer om forfatterne:**

Georg Bollig er lege og stipendiat/forsker ved Universitetet i Bergen, institutt for kirurgiske fag, Haukeland Universitetssykehus og Bergen Røde Kors Sykehjem. Anette Ester

er lege ved Sunniva Klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Ingunn S. Landro har vært sykepleier ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Kontaktperson: bollig.georg@gmx.de.



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** Sykehjemspasienter er ofte gamle, multimorbide og mange lider av demens. Mange er ikke i stand til å gi pålitelige opplysninger om sin egen helse og medisinering. De fleste trenger medisinsk oppfølging og bruker mange medisiner daglig. Behandlingen foregår ofte i samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Mangelfull informasjon om nødvendig medisinsk oppfølging ved innkomst i sykehjem oppleves som problematisk.

**Hensikt med studien:** Hensikten med studien er å undersøke hvor

hyppig viktig informasjon mangler, og om det er forskjell fra hvor pasienten kommer fra.

**Metode:** Undersøkelsen ble gjennomført på Bergen Røde Kors Sykehjem som har 174 pasienter. I en prospektiv undersøkelse ble kvaliteten av informasjon i innkomst-papirer av 100 pasienter vurdert av fire leger og en medisinerstudent.

**Hovedresultat:** 48 prosent av pasientene hadde enten ingen eller meget mangelfulle epikriser. I 20 prosent fantes det avvik angående medisinering. Kvaliteten av pleie-

rapportene ble generelt vurdert som bedre enn epikrisene. 6 prosent hadde ingen helseopplysninger tilgjengelig.

**Konklusjon:** Mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig og kan føre til usikkerhet og feilbehandling av denne sårbare pasientgruppen. Riktige opplysninger om medisinering er sentral for å sikre god pasientbehandling. Nødvendig informasjon bør foreligge ved innkomst i sykehjem og omfatte diagnoser, behandling, aktuell medisinering og foreslått oppfølging.

# » Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem

Forfattere: Georg Bollig, Anette Ester og Ingunn S. Landro

## NØKKELOD

- Eldre
- Behandling
- Helseopplysning
- Informasjon
- Sykehjem

## INTRODUKSJON

Mange pasienter i norske sykehjem er gamle, multimorbide og demente. Helsetilstanden deres fører ikke sjelden til at de som regel må behandles både av primær- og spesialisthelsetjenesten over lang tid. Det er ofte forskjellige institusjoner og mange helsearbeidere som utreder og behandler pasientene. Når pasienter ikke klarer seg hjemme lengre, kommer de på sykehjem. En rapport fra statistisk sentralbyrå (1) fra 1999 beskrev at rundt 85-årsalderen stiger de eldre hjelpebehov kraftig og mange har behov for en sykehjems plass. Derimot bodde bare cirka 10 prosent av de eldre mellom 80–84 år i institusjon (1). Pasientene er nokså avhengig av intens behandling

og ofte ikke selv i stand til å formidle viktig informasjon. Ut ifra vår egen erfaring har verdifull informasjon blitt samlet i sykehjem, hjemmetjenesten og sykehus, men papirene og (livs) viktig informasjon følger ofte ikke med pasienten ved innkomst i sykehjem.

I 2003 hadde pasientene på Bergen Røde Kors Sykehjem gjennomsnittlig sju ulike sykdomsdiagnoser, (hjerte/karsykdommer 87 prosent, nevrologiske sykdommer 70 prosent, demens 63 prosent, smerte 61 prosent, psykiske lidelser 60 prosent, kreft 27 prosent). Deres gjennomsnittsalder var 86 år (2). De fleste sykehjemspasienter trenger regelmessig legetilsyn. Legehjelp ved akutte medisinske problemer blir ivaretatt av en egen vaktteneste for leger på Bergen Røde Kors Sykehjem (3). Mange pasienter er på korttidsopphold på sykehjem på grunn av manglende evne til å klare seg hjemme, vurdering av deres behov for omsorg eller fordi de trenger fortsatt tett medisinsk oppfølging og rehabilitering etter et sykehusopphold. Omtrent 75 prosent av pasientene på norske sykehjem

har en demenssykdom (4). For alle pasienter på sykehjem bør fullstendige medisinske opplysninger foreligge ved innkomst for å sikre nødvendig helsehjelp. For å kunne gi pasienten nødvendig medisinsk behandling og omsorg, trengs det en aktuell epikrise, en sykepleier rapport og opplysninger om aktuell medisinerings i epikrisen eller signert medisinske liste. Erfaringer fra Bergen Røde Kors Sykehjem har vist at mangel på informasjon kan resultere i feilmedisinering og dermed fare for pasientene. Vår erfaring tilsier at legen ofte må hente medisinsk informasjon utelukkende fra sykepleier rapporten, dosett, i noen tilfeller fra håndskrevne lapper eller muntlig informasjon fra pårørende. Personalet på Bergen Røde Kors Sykehjem bruker mye tid til å skaffe medisinske opplysninger og medisinske lister. Mange ganger kommer gamle og syke pasienter inn på Bergen Røde Kors Sykehjem uten legeopplysninger, og man blir i tvil om den aktuelle medisineringsen. Ofte er epikriser mangelfulle på enkelte områder (for eksempel manglende forslag til oppfølging eller aktuelle laboratoriesvar, og

så videre) eller sykehjemslegen savner viktig informasjon.

Problemstillingen illustreres av de påfølgende kasuistikker. Disse understreker viktigheten av å ha informasjon tilgjengelig ved innkomst. Det er som regel ikke bra nok om informasjonen først kommer i løpet av dager eller uker etter innkomst. Kasuistikkene gjenspeiler vanlige problemer ved innkomst av pasienter til Bergen Røde Kors Sykehjem.

#### Kasus 1:

En 83 år gammel dame som kom hjemmefra til korttidsopphold på sykehjem, hadde ikke med seg noe skriftlig informasjon. Opplysninger om sykehistorie og medisinerer kunne pasienten bare delvis orientere om, på grunn av dårlig allmenntilstand, hviledyspnoe og tydelig nedsatt hukommelse. Medisinering ble startet etter angitt

sinsk behandling og feil medisin. Pasienten ble etter hvert utredet på en medisinsk avdeling med mistanke om cancer pulm med kakeksi. Det viste seg å være en langtkommen og utilstrekkelig behandlet KOLS med pulmonal kakeksi.

#### Kasus 2:

En 72 år gammel mann kom inn på Bergen Røde Kors Sykehjem med håndskrevet sykepleierrapport fra hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien fikk ikke skrevet ut rapportene på grunn av problemer med datasystemet. Ifølge hjemmesykepleien var pasienten glemsk, hadde falltendenser og svelgproblemer. Ingen legeopplysninger fulgte med, utskrift av medisinkort var noen uker gammel og manglet underskrift. Medisinlisten inneholdt seks faste medisiner.

I innkomstsamtalen med legen, virket ikke pasienten full-

klusjonen derfra var en blandet demens av Alzheimers type med vaskulær komponent. Epikrise fra geriatrik avdeling kom først etter at pasienten hadde flyttet til en langtidsplass på et annet sykehjem.

En svensk undersøkelse har vist forskjeller mellom pasientens aktuelle medikamenter og de journalførte medikamenter hos 75 prosent av akutt-pasientene (5). Vår undersøkelse er en kvalitetsutviklingsstudie og skal danne grunnlaget for et kvalitetsforbedringsprosjekt. Utgangspunkt og motivasjon for undersøkelsen var sykehjems-personalets opplevelse av manglende inkomstinformasjon som et hyppig problem. Ideen ble til under felles diskusjoner rundt problematikken i legemøter. Bakgrunn og teoretisk referanseramme for diskusjonen av resultatene er patient-centered care og kvalitetsforbedring. Patient-centered medicine står for anerkjennelse av og respekt for pasientenes perspektiver, behov og verdier og skal sikre at pasienten forblir hovedfokus i helsevesenet (6). Batalden og Stoltz har formulert et rammeverk for kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsevesenet (7).

Hensikten med studien er å undersøke hvor hyppig viktig informasjon mangler, og om det er forskjell etter hvilket omsorgsnivå pasienten kommer fra (hjemmet, sykehjem eller sykehus).

#### MATERIALE OG METODE

Undersøkelsen fant sted på Bergen Røde Kors Sykehjem, et av landets største sykehjem med 174 pasienter. Institusjonen har 91 langtidsplasser på somatiske avdelinger, 42 langtidsplasser på demensavdelinger, 22 korttidsplasser og åtte korttidsplasser på

” En av fem pasienter hadde feilaktig dokumentasjon om medisinerer ved innkomst.

dosering på medisinpakninger, som pasienten hadde med seg i en handlepose. Man purret på medisinliste og andre medisinske opplysninger og fikk disse fra hjemmesykepleien dagen etter innkomst. Pasienten hadde det siste døgnet bare fått fire av sine ni faste daglige medisiner og fikk Salbutamol inhalasjon fast istedenfor behovsorientert som forskrevet. Selv om det ikke skjedde noen skade, førte det til utrygghet hos pasienten og irritasjon hos personalet. Pasienten ble urolig og aggressiv og ønsket å reise hjem, fordi hun følte at hun fikk dårlig medi-

stendig orientert, og man mistenkte klinisk kognitiv svikt. Ut ifra medisineringen hadde man mistanke om hjerte kar sykdom som grunnsykdom, tilstand etter apoplexia cerebri og muligens vaskulær demens. Situasjonen førte til usikkerhet rundt både diagnosene og kontinuiteten i medisineringen. Til tross for etterspørsel ble det ikke mottatt legeopplysninger mens pasienten var innlagt på korttidsavdeling BRKS i tre og en halv måned. Under oppholdet ble pasienten vurdert til å ha demens, og han ble henvist for videre diagnostikk til geriatrik avdeling. Kon-

en spesialisert palliativ avdeling. Legetjenesten på sykehjemmet hadde på undersøkelsestidspunktet tre 100 prosent stillinger fordelt på fem leger. Det finnes et eget døgnkontinuerlig vaktssystem for leger som brukes regelmessig av alle avdelinger utenom den vanlige arbeidstiden (3).

I en prospektiv undersøkelse brukte legene et registrerings-skjema for hundre fortløpende innkommende pasienter med kort- eller langtidsvedtak. Følgende data ble registrert: inkomstdato, omsorgsnivå pasienten kom fra (sykehjem, sykehus eller eget hjem), dato for legeopplysninger, overensstemmelse av angitte medisiner i legeopplysninger og medfølgende medisinkort, avvik i medisindosett (uoverensstemmelse mellom medisinliste og innholdet i medisindosett) og eventuelt anmerkninger. Som kvalitetsindikator ble kvaliteten på den samlede inkomstinformasjonen om pasienten valgt på grunnlag av definisjonen av kvalitet som «evnen til å tilfredsstille brukernes krav og forventninger» (8). Både pasient og viderebehandlende lege anses som brukerne av helsevesenet. I forhold til å få adekvat og nødvendig informasjon av andre parter inntar legen en brukerrolle. Epikrise, medisinark og pleierapport ble vurdert og delt inn i fire kategorier. 0= ingen skriftlig informasjon, 1= meget mangelfull informasjon, 2= informasjon mangelfull på noen områder, 3= informasjon bra. Vurderingen var basert på den enkelte legens/informantens oppfatning av hvor godt informasjonsinnholdet var, det vil si hvor mye av den nødvendige informasjonen ved innkost var inkludert. En slik vurdering vil alltid være

subjektiv. Derfor ble innholdet, kategoriene i skjemaet og utfyllingen diskutert med de deltagende legene før oppstart av undersøkelsen. For å øke validitet og reliabilitet ble registreringsskjemaet utviklet sammen med legene/informantene. Når det var uklart hvilken kategori man skulle velge hadde alle deltagende leger mulighet til å diskutere vurderingen i de daglige legemøtene. Mange skjemaer ble fylt ut etter rådføring eller diskusjon i legegruppen. Disse felles diskusjonene skulle bidra til at vurderingene skulle være mer overensstemmende til tross for subjektivitet ved den enkeltes vurdering. Alle informanter tok del i diskusjon av studiens oppsett og innhold. Resultater ble meldt tilbake til alle informanter. Det var fire leger og en medisinerstudent med lisens som registrerte inkomstpapirer: To spesialister i anestesi, en spesialist i indremedisin/geriatri, en allmenntillegener. En lignende tilnærming med kategorisering av kvaliteten på henvisninger, ble brukt i en annen kvalitetsutviklingsstudie av Lønning et al. (9). I denne studien vurderte 20 spesialister på sykehus kvali-

teten av henvisninger til sykehus fra primærhelsetjenesten med hjelp av et spørreskjema med seks hovedpunkter.

## ETISKE OVERVEIELSER

Studien besto av en registrering av legenes vurdering av inkomstinformasjonens kvalitet. Det hadde ingen konsekvenser for pasientene og det ikke ble registrert pasientrelaterte data. Derfor var det ikke nødvendig å få en vurdering fra forskningsetisk komité. Legene som deltok som informanter deltok frivillig og var inkludert i utforming av studiedesign.

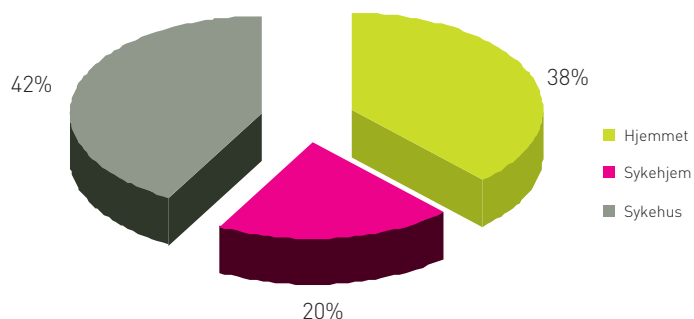
## RESULTATER

Figur 1 viser hvor pasientene kom fra ved innkost på sykehjem. Hver femte pasient kom fra et annet sykehjem, de andre kom i nesten like parter enten fra sykehus eller hjemmefra.

Omtrent halvparten av pasientene (48 av 100) hadde ingen eller meget mangelfulle epikriser (tabell 1).

25 av 38 pasienter som kom hjemmefra og 17 av 42 som kom fra sykehus hadde manglende eller svært mangelfulle epikriser med seg. Halvparten (19 av 38)

**FIGUR 1:** Omsorgsnivå før innkost på sykehjem (N=100)



**TABELL 1:** Legenes vurdering av kvalitet av sykepleierapporter og epikriser (N=100)

	Ingen skriftlig informasjon n(%)	Meget mangelfull n(%)	Mangelfull på noen områder n(%)	Bra n(%)	Totalt antall (100%) n
Fra hjemmet:					
Sykepleierapport	9 (24)	6 (16)	12 (32)	11 (29)	38
Epikrise	19 (50)	6 (16)	11 (29)	2 (5)	38
Fra sykehjem:					
Sykepleierapport	3 (15)	0 (0)	7 (35)	10 (50)	20
Epikrise	6 (30)	0 (0)	5 (25)	9 (45)	20
Fra sykehus:					
Sykepleierapport	1 (2)	1 (2)	16 (38)	24 (57)	42
Epikrise	8 (19)	9 (21)	11 (26)	14 (33)	42

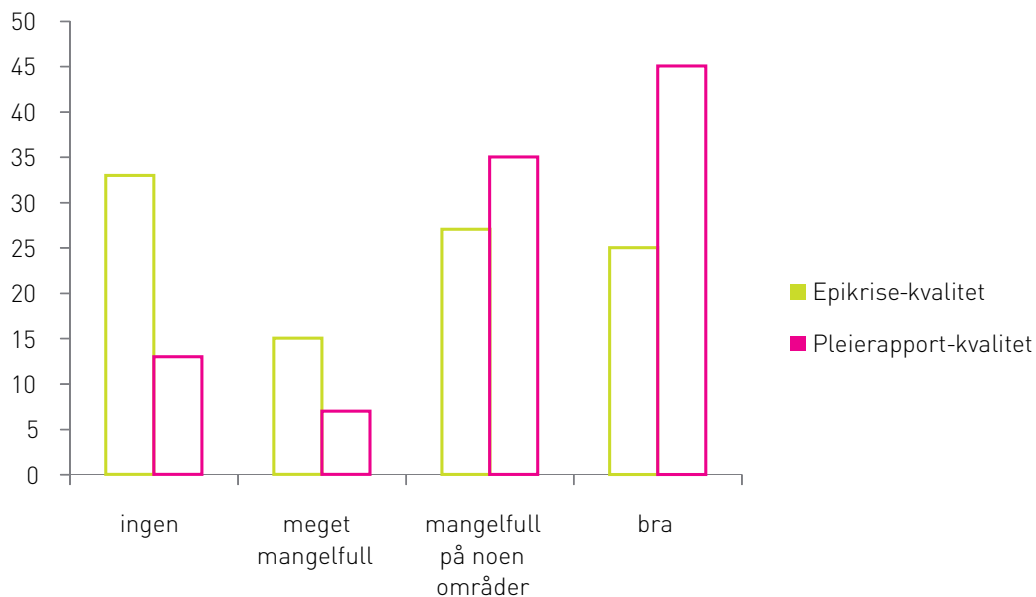
av pasientene hjemmefra kom uten epikrise.

Gode epikriser følger cirka halvparten (ni av 20) av pasientene som kommer fra et annet sykehjem, en tredjedel (14 av 42) som kommer fra et sykehus og bare noen få (2 av 38) hjem-

mefra. Denne forskjellen jevner seg noe ut, hvis man slår de to beste kategoriene sammen. Men allikevel er det epikriser fra sykehjem som man som inntagende sykehjemslege vurderer som best i nesten trekvart av tilfellene (14 av 20 kom i kategoriene bra og

mangelfull på noen områder).

I 20 tilfeller fantes det avvik mellom aktuell medisinerings og medisinarke. Det betyr at hver femte pasient som kom på sykehjem kom med en feilaktig dokumentasjon i forhold til medisinerings.

**FIGUR 2:** Kvalitet av epikriser og pleierapporter (N=100)

Figur 2 viser kvaliteten av epikriser versus pleierapporter. Det er påfallende at kvaliteten av pleierapportene er generelt vurdert høyere enn epikrisene av de deltagende legene. 25 epikriser og 45 pleierapporter ble vurdert som bra.

Seks pasienter hadde ved innkomst verken epikrise eller sykepleierapport med seg. Av disse kom fire hjemmefra og to fra andre sykehjem.

## DISKUSJON

Vår pilotundersøkelse viser at mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig. 48 prosent av pasientene hadde ingen eller meget mangelfulle epikriser. Avvik mellom skriftlig informasjon og den aktuelle medisineringsfantese i 20 prosent av tilfellene. Legene vurderte kvaliteten av pleierapportene generelt som bedre enn epikrisene.

At informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er mangelfull eller problematisk og må styrkes, samsvarer med funn av andre forskere (10,11). Melby et al. mener at elektroniske rapporter kan bidra til å forbedre kommunikasjonen men at man «må forstå hverandres kultur og behov» for å utvikle mer skreddersydde løsninger. «Risikofylte overganger» for syke eldre pasienter fra sykehus til kommuner skyldes blant annet kommunikasjonsproblemer som «sein postgang og dårlige telefonrutiner» (11).


Bakgrunn og teoretiske referanserammer for vår undersøkelse var kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten (7,8,12) og patient-centered care (6). Batalden og Stoltz (7) har skapt et rammeverk som kombinerer faglig kunnskap og

kunnskap om forbedringsarbeid. Målet til helsevesenet er å gi pasienter en kvalitativ høy behandling. Men for å vite hva pasienter og viderebehandlende helsepersonell (brukere) forstår med god kvalitet er det nødvendig å se på deres perspektiver.

I vår pilotundersøkelse anvender vi et utvidet brukerbegrep i motsetning til det som er vanlig i Norge. Vi anser også leger som brukere av helsevesenet fordi disse ønsker å få god informasjon fra andre helsearbeidere. Legene i pilotundersøkelsen har vurdert kvaliteten av den gitte informa-

av kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten. «Epikrisetid er tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra institusjonen (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller per post.» (16).

Tid for utsending av epikriser ble forkortet fra gjennomsnittlig 6,1 til 2,9 dager på alderspsykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus (16). Andelen av epikriser som ble sendt utskrivningsdagen, har i denne undersøkelsen økt fra 18 prosent i 1994 til 33 prosent i 2003, det vil si at 67 prosent ikke hadde ferdig epikrise

 Mangelfull informasjon kan resultere i feilmedisinering og dermed fare for pasientene.

sjon ved innkomst av pasienter i vårt sykehjem. Kommunikasjonslinjene rundt overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten er ofte ineffektive og helhetstenkingen må styrkes for å forbedre samhandling mellom de forskjellige behandlingsnivåene (11). Et viktig mål i denne sammenheng vil selvfølgelig være at nødvendig pasientinformasjon er tilgjengelig ved innkomst i sykehjem. Epikriser er viktige medisinske dokumenter og en god epikrise skal referere sykehistorie, diagnostiske utredninger og funn inkludert differensialdiagnostiske overveielser, foretatte behandlinger, laboratorieprøver, forslag til videre behandling og oppfølging (13). Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven krever at helsepersonell gir nødvendige opplysninger til annet helsepersonell, for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte, med mindre pasienten motsetter seg (14,15).

Epikrisetid blir brukt som en

ved utskrivning (16). Selv om det er nok en forbedring å redusere tiden før utsending av epikriser, bør epikrisen være tilgjengelig allerede ved utskrivning for å sikre en nødvendig og kvalitativ god pasientbehandling.

Kvaliteten av innkomstinformasjon ble i vår undersøkelse vurdert av legene som tok imot nye pasienter på sykehjem. Dersom grad av tilfredshet med den foreliggende innkomstinformasjonen ble registrert. Hva som oppfattes som en god epikrise varierer blant legene. Mens noen krever en fullverdig epikrise ved utskrivning, ville noen nøye seg med å få en kopi av pasientinformasjonen som inneholder aktuelle medisiner og kort informasjon om gjentatt behandling og planlagt oppfølging. Ut ifra dagens praksis og våre personlige erfaringer ville det allerede vært en forbedring dersom alle pasienter kom med en aktuell medisinliste. Allikevel foreslår vi å ikke anse en pasient



**TABELL 2:** Forslag til god helsefaglig informasjon ved skifte av omsorgsnivå i helsetjenesten

Minimumskrav	Viktig pasientrettet informasjon	Ideell informasjon
-Diagnoser -Aktuell medisinerings -Nødvendig oppfølging -Sykepleier rapport	-Diagnostikk som er gjennomført -Behandling som er gjennomført -Laboratorieprøver	-Fysioterapirapport -Ergoterapirapport -Info fra andre yrkesgrupper, som sosionom, prest, ernæringsfysiolog etc. -Individuell plan til pasienten

som «ferdigbehandlet», før pasientrettet dokumentasjonsarbeid er avsluttet, det vil si at epikrisen og annen pasientinformasjon er sendt. Muligens vil dette kunne føre til at alle pasienter får med seg den nødvendige informasjon allerede ved utskrivning.

I en spørreskjemaundersøkelse fra 2004 om epikriser fra sykehus, fylt ut av 1637 norske fastleger, var 55 prosent tilfredse med informasjon om pasienter med oppfølgingsbehov. Cirka 50 prosent av legene tok ofte kontakt med sykehus på grunn av at epikriser kom for sent, 15 prosent på grunn av mangelfull informasjon (17).

Pasienter i sykehjem trenger tverrfaglig behandling, pleie og omsorg. Derfor burde innkomstinformasjonen til sykehjem ideelt sett også inneholde informasjon fra alle involverte yrkesgrupper (lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt andre psykososiale yrkesgrupper).

Ifølge Paulsen og Grimsmo (18) finnes det «tre ulike elementer i dokumentasjon og informasjonsformidling fra sykehuset til omsorgstjenesten i forbindelse med utskrivninger:

- Det å gi et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag om pasientens tilstand og funksjonsnivå.
- Det å anbefale bestemte forholdsregler i forhold til pasientens problem på et medisinsk og pleiefaglig grunnlag.
- Det å gi konkrete anvisninger av det tilbudet pasienten bør ha.»

Det var utelukkende leger som vurderte medfølgende skriftlig, medisinsk informasjon. Det er påfallende at 80 prosent av sykepleierapportene havnet i de to øverste kategoriene «bra» og «mangelfull på noen områder». Grunnen til dette kan muligens være at sykepleierapporter ofte er velstrukturerte og dekker de viktigste områder. Legene i vår studie brukte ofte sykepleierapporten som informasjonskilde når pasientene ikke hadde med seg en epikrise ved innkomst. I 33 prosent fantes det ved innkomst på sykehjem verken en foreløpig eller endelig epikrise. I disse situasjoner er det utelukkende pleierapporten som gir leger nødvendig helsefaglig informasjon. Derimot manglet det i vårt materiale både epikrise og sykepleierapport i 6 prosent av tilfellene.

Et interessant funn er at epikriser fra sykehjem ble relativt hyppig inndelt i de to beste kategoriene. Årsak til dette er mest sannsynlig kunnskap om feltet sykehjemsmedisin, det vil si at en sykehjemslege skriver mer om det som er viktig å vite på sykehjem. Men funnene gir ikke grunnlag nok til å vise tydelige forskjeller mellom de tre omsorgsnivåer.

Kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten er mangelfull og korrekt informasjon om pasienters legemiddelbruk er vanskelig tilgjengelig. Epikriser fra sykehus har ofte lang ventetid og fungerer dårlig som informasjonskilde om legemiddelbruk. En kvalitativ studie

med semistrukturerte intervju av leger og legesekretærer har vist at dette fører til at pasientsikkerheten rundt medisinerings ikke er tilfredsstillende (19). Ifølge Bakken er det behov for forbedring av informasjonsoverføring av kommunikasjon rundt legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå (19). Sykepleier i Bergen opplever ineffektive kommunikasjonslinjer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (11).

75 prosent av akuttpatientene i en svensk undersøkelse gjennomført ved Karolinska Universitetssjukhuset hadde flere medisiner enn det som var ført i journalen. Ifølge journalen hadde pasientene gjennomsnittlig sju medisiner mens apoteklisten viste ni medisiner (5). Våre data viser derimot avvik i 20 prosent av tilfellene. Selv om dette virker noe bedre, betyr det at hver femte pasient er utsatt for potensiell feilmedisinering og skade.

Kvaliteten av nødvendig informasjon legene imellom er mangelfull og kan til og med utgjøre en potensiell fare for eldre pasienter (20). Disse funnene fra Garåsen og Johnsen støttes av vår undersøkelse. Det er stort behov og potensial for forbedring av samarbeid mellom forskjellige helsenivåer i Norge. Man må vite hvilke informasjoner de ulike helsepersonellgrupper trenger (10). Vår undersøkelse er en problembeskrivelse og analyse som utgangspunkt for å forbedre informasjonsflyt i framtida. Vårt forslag for god informasjon ved

skifte av omsorgsnivå vises i tabell 2. Det bygger på vår erfaring, brainstorming av leger og gjennomgang av litteraturen. Kvalitetshjulet, det såkalte PDSA-hjulet for kvalitetsforbedringsarbeid består av fire hovedtrinn: 1. Plan (planlegge), 2. Do (utføre), 3. Study (kontrollere/evaluere) og 4. Act (handle/korrigere/lære) (11). Ved bruk av kvalitetshjulet i forbedringsarbeid om informasjonsflyt i helsevesenet bør man i framtiden, på grunnlag av våre funn, iverksette tiltak som for eksempel en konkret tilbakemelding på kvalitet av den mottatte informasjonen, eventuelt supplert med egne ønsker om hva man egentlig har behov for å vite. Virkningen av et slikt tiltak bør deretter evalueres og rutineeventuelt korrigeres og standardiseres.

En mulig svakhet ved vår undersøkelse er at den er gjennomført som en stikkprøve på bare ett sykehjem i Bergen, og

at legene vurderte «kvaliteten» av innkomstpapirene individuelt og subjektivt. En lignende metode med subjektiv kvalitetsvurdering av leger ble brukt i studien av Lønning et al. (9). Våre funn samsvarer med funn fra andre undersøkelser hvor manglende innkomstinformasjon som problem i varierende grad i helsevesen har blitt beskrevet (5,11,18,19,20). Vi antar derfor at det er grunn til å tro at hovedtrekkene i våre funn kan generaliseres til andre sykehjem, mens omfanget av mangelfull og dårlig informasjon som følger med pasienter som innlegges på norske sykehjem vil kunne variere.

## KONKLUSJON

En av fem pasienter hadde feilaktig dokumentasjon om medisinerings ved innkomst. Mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig og kan føre til usikkerhet og feilbehandling av denne sårbare pasientgruppen.

Derfor er riktige opplysninger om medisinerings sentralt for å sikre god pasientbehandling. Skriftlig informasjon (epikrise, medisinsliste) om pasientens helsestatus, medisinerings og nødvendig oppfølging må være ferdig ved utskrivning og burde følge med pasienten ved overflytting mellom forskjellige omsorgsnivå. Nødvendig informasjon bør foreligge ved innkomst i sykehjem og omfatte diagnoser, behandling, aktuell medisinerings og foreslått oppfølging. Framtidige studier om forbedringsarbeid vil kunne teste effekten av en standardisert tilbakemelding med ønsker om nødvendig pasientinformasjon til henvisende leger.

Mange takk til kollegene på Bergen Røde Kors Sykehjem for innspill, diskusjoner for studietart og hjelp med å samle inn data.

Les kommentaren på side 313 >>

## REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Eldre i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
2. Hofseth C. Pasientkartlegging ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Sintef-rapport nr. STF78 A034507. Sintef Unimed, Oslo, 2003.
3. Bollig G, Husebø BS, Husebø S: Vakt-tjeneste for leger på sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128:2722-4.
4. Engedal K, Haugen PK. Lærebok demens. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Oslo, 2004.
5. Oskarsson P, Odar-Cedertlöf I, Bergendal A, Hentschke M, Asker-Hagelberg C, Fryckstedt J, et al. Stora skillnader mellan läkemedel uthämtade från apoteket och uppgifter om läkemedelsbehandling vid innskrivning på medicinsk akuttvårdsavdelning – en pilotstudie. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea. 2007;116:72.
6. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. JAMA 1996;275:152-6.
7. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test

changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993; 19: 424-447.

8. Schreiner A. Kvalitetsforbedringsmetodikk. Oppstartseminar 14.11.07, Kvalitetskommuneprogrammet. <http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/Kvalitetskommuner/kvalitetsforbedringsmetodikk.pdf> (31.05.2010)
9. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:1868-1869.
10. Melby L, Heelesø R, Wibe T. Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2010;130:1037-1039.
11. Danielsen BV, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien forskning 2010;5:28-34.
12. Schreiner A. «Forbedringsarbeid i praksis» – Hefte til bruk i Gjennombruddsprosjektet og i andre forbedringsprosjekter. Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2004.
13. Steinsvoll PS. Er epikriser viktige medisinske dokumenter? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2999-3000.
14. LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasi-

entrettigheter (pasientrettighetsloven). [www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftdrens?/usr/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html](http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftdrens?/usr/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html) (Nedlastet 13.02.2009)

15. LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html) (13.02.2009)
16. Moksnes KM. Kan epikrisetiden forkortes? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2380-2381.
17. Kværner kJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2815-2817.
18. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Sintef-rapport nr. Sintef A7877. Sintef, Oslo, 2008.
19. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:1766-1769.
20. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Services Research 2007;7:133.