



«...at kunne afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning».

Hvorfor er det så utfordrende?
Om dokumentasjon på sykehjem.

Kandidatnummer:174
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8982
Dato: 14. april 2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14. april 2020
<p>Tittel: «...at kunne afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning». Hvorfor er det så utfordrende? Om dokumentasjon på sykehjem.</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Gjennom praksisperiodene har jeg undret meg på hvorfor det er så vanskelig å få til god dokumentasjon i journalen, og dette er derfor et tema jeg ønsket å lære mer om. Med utgangspunkt i dette temaet ble følgende problemstilling formulert: Hvorfor er det utfordrende å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I fagbøker og forskning er det enighet om at sykepleieprosessen skal ligge til grunn for dokumentasjonspraksis. Rapportene skal i hovedsak være evaluering av tiltaksplanen, men undersøkelser viser at rapportene som regel er tilfeldige, kronologiske og lite relatert til tiltaksplanen. I teorien er det i tillegg begrunnet hvorfor standardisering og bruk av kunnskaps- og beslutningsstøtte har en positiv effekt på kvalitet av dokumentasjon.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave der eksisterende fag- og forskningslitteratur er brukt til å undersøke problemstillingen. Det er ikke gjort systematisk søk for å finne all litteratur, men fokusert på å finne et utvalg nyere relevante artikler for problemstillingen. Det ble først tatt utgangspunkt i pensum og søkt i ulike databaser, og etter hvert som søkeord ble identifisert ble det gjennomført et systematisk søk i PubMed ved bruk av MeSH-termer og tekst-søk.</p> <p><u>Drøfting:</u> Funnene i forskningsartiklene kan deles inn i tre hovedområder. 1) Hvordan informasjonspraksis generelt på sykehjemmene påvirker journalføring. 2) Hvordan ytre faktorer som teknologi, arbeidsbelastning, opplæring og ledelse påvirker dokumentasjonspraksis. 3) Hvordan lite bruk av standardisering samt kunnskap- og beslutningsstøtte påvirker. Funnene innenfor disse tre områdene er diskutert opp mot teori og egne erfaringer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Hovedutfordringen er at den sirkulære tankegangen bak sykepleieprosessen ikke følges opp i dokumentasjon. Det er også for mye bruk av uformelle kanaler. Dette kan skyldes at opplæringen i og fokus på dokumentasjon er ikke god nok i tillegg til at EPJ systemene ikke er optimale. Det brukes for lite standardisering og kunnskapsstøtte.</p>	

(Totalt antall ord:299)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstillingen	2
1.3	Begrensninger for problemstilling	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Dokumentasjonens funksjon	4
2.2	Lover og etikk	5
2.3	Sykepleieprosessen som rammeverk for dokumentasjon	6
2.4	EPJ-systemer i kommunehelsetjenesten	7
2.4.1	Om EPJ-systemene brukt i kommunehelsetjenesten	7
2.4.2	Effekt av IKT	8
2.4.3	Problemløsning i hverdagen - «workarounds»	8
2.5	Standardisering	9
2.5.1	Hvorfor er standardisering viktig	9
2.5.2	Valgte standarder for helsefaglig dokumentasjon	9
2.6	Kunnskaps- og beslutningsstøtte	10
3	Metode	11
3.1	Anvendt metode	11
3.1.1	Innledende søk	11
3.1.2	Strukturert databasesøk	11
3.2	Kildekritikk	13
3.2.1	Bakgrunns- og faglitteratur	13
3.2.2	Utvalg av forskningsartikler	14
3.3	Etiske vurderinger	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
4.1	Artikkelmatrise	17
5	Diskusjon	19
5.1	Informasjonshåndtering i og utenfor EPJ	19
5.1.1	Muntlig og annen uformell informasjonsutveksling	19
5.1.2	Kvalitet og relevans av tiltaksplaner og rapporter	21
5.2	Ytre faktorer	23
5.2.1	Arbeidsbelastning og tid til dokumentasjon	23
5.2.2	Teknologiutfordringer	24
5.2.3	Opplæring, kultur og ledelse	25
5.3	Bruk av standardisering, kunnskaps- og beslutningsstøtte	27
5.3.1	Standardisering og veiledende planer	27
5.3.2	Elektronisk kunnskaps- og beslutningsstøtte	28
6	Oppsummering	30
7	Referanseliste	31
A.	Vedlegg	38
A.1	PICO-Skjema	38
A.2	Endelig søkestreng	38

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden Florence Nightingale dokumenterte sine observasjoner under Krimkrigen (1853-1856) har sykepleiedokumentasjon vært ansett som en viktig del av sykepleien (Vabo, 2018). Rikke Nissen ga ut den første norske læreboken i sykepleie i 1877, og skriver «*Er det saaledes av viktighet at kunne anstille en paalidelig iagttagelse, saa er det ikke mindre vigtigt at kunne afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning*» (referert i Vabo, 2018). Dette gjelder også i dag. Dokumentasjon av sykepleie er viktig, uansett hvilken sektor man jobber innenfor, og er en lovfestet plikt for helsepersonell (§39 Helsepersonelloven, 1999).

De siste årene har sykepleie og kvalitet på dokumentasjon vært debattert i mediene flere ganger (Krøger, 2017; Laugaland & Aase, 2019; Steen, 2017; Waziri, 2017). Jeg har erfaring fra dokumentasjons- og kvalitetsarbeid innenfor andre bransjer, og har fulgt interessert med på denne debatten etter at jeg bestemte meg for å starte på sykepleierstudiet. I praksisperiodene, både på sykehus og på sykehjem, har jeg erfart at manglende dokumentasjon, eller viktig informasjon som forsvinner i lite relevant informasjon, gir redusert kontinuitet og kvalitet i pleie. Dette har inspirert meg til å søke mer kunnskap om sykepleierdokumentasjon. I denne oppgaven har jeg valgt å se på dokumentasjon på sykehjem, fordi jeg gjennom praksis på sykehjem har gjort meg mange tanker om dette. Min erfaring er at det er mindre fokus på dokumentasjon på sykehjem enn på sykehus. Mange av de utfordringene man har i forhold til god dokumentasjon på sykehjem har jeg erfart at man også har på sykehus. I tillegg er det noen særegne utfordringer på sykehjem fordi man kjenner pasientene godt, og det er lavere andel sykepleiere.

I 2012 kom Stortingsmeldingen «*Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I januar 2018 kom «*Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal*» (Direktoratet for e-helse, 2018b), og føringene her vil påvirke journalsystemer og journalføring i årene fremover. Et nytt helhetlig journalsystem vil likevel ikke løse alle problemer med kvaliteten på det som legges inn i systemet av hver enkelt pleier.

Formålet med oppgaven er dermed å lære mer om hva som kjennetegner god dokumentasjon og hva som er utfordringene for å oppnå dette på sykehjem spesielt, men også generelt i

helsevesenet. Dette er kunnskap jeg vil ha nytte av uavhengig av hvor jeg begynner å jobbe som autorisert sykepleier. Alle sykepleiere har et ansvar for å jobbe for å bedre kvaliteten på helsetjenesten.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

I pensumboken *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* skriver Hauge (2014) om dokumentasjon: «*Det ser altså ut til at systematisk og god dokumentasjon av sykepleien i sykehjem er en utfordring*». Dette sitatet er utgangspunkt for problemstillingen i denne oppgaven:

Hvorfor er det utfordrende å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem?

Opgaven vil i teorikapittelet ta for seg ulike elementer som ligger til grunn for en systematisk og god dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) og hvordan fag- og forskningslitteratur anser at dagens dokumentasjonspraksis er i forhold til dette. I litteratursøket er det sett etter studier som belyser faktorer som gjør det utfordrende å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem.

1.3 Begrensninger for problemstilling

Samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenestene er utfordrende og stiller store krav til utveksling av informasjon. Jeg har likevel valgt å se på dokumentasjon mens pasienten/beboeren er på ett tjenestenivå. Uten systematisk og god dokumentasjon for en beboer på sykehjemmet vil det være vanskelig å få til god og systematisk informasjonsflyt ved overflytting til et annet nivå.

På mange sykehjem er det en miks av pleiere med ulik kulturell bakgrunn og ulike morsmål, og dette påvirker både hva og hvordan man dokumenterer (Johannesen & Hellesø, 2019). En begrensning for problemstillingen er likevel at utfordringene skal være mer generelle og ikke relatert til at dokumentasjonsspråket er forskjellig fra morsmålet.

Jeg har valgt å utelukke utfordringer rundt dokumentasjon relatert til legemiddelhåndtering, selv om feil med legemidler er grunn til mange av de mest alvorlige hendelsene på sykehjem (Andersson, Frank, Willman, Sandman & Hansebo, 2018). Dette fordi rutiner rundt dokumentasjon av medikamenthåndtering er noe forskjellig fra annen dokumentasjon.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §5.1.) gir pasienten rett til innsyn i journalen. I denne oppgaven har jeg ikke fokusert på pasientens perspektiv eller pasientens mening om hva som står eller bør stå i journalen eller hvordan pasientens rett til innsyn påvirker helsepersonell sin dokumentasjon.

1.4 Begrepsavklaring

Systematisk og god dokumentasjon er ikke entydig definert, men Norsk Sykepleierforbund (NSF) angir at sykepleieprosessen skal ligge til grunn for dokumentasjon (NSFs faggruppe for e-helse, 2017). Dette og andre elementer vil belyses videre i teorikapitlet.

I sykehjem inkluderer jeg både langtids- og korttidsavdelinger, men ikke kommunale akutte døgnplasser.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Dokumentasjonens funksjon

Systematisk dokumentasjon av sykepleie ivaretar flere funksjoner. I boken *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* deler sykepleier og førstelektor ved universitetet i Agder, Grete Vabo (2018) inn i fem funksjoner, videre omtalt i avsnittene under.

Ivaretagelse av pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet

Helsedirektoratet definerer pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser, og i dette begrepet inkluderer de også brukersikkerhet som ofte benyttes i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019). Dokumentasjon av planlagt, gjennomført og evaluert sykepleie er viktig for pasientsikkerheten, og Molven (2019) skriver i sin lærebok *Helse og jus* at manglende pleie- og omsorgsplan under noen omstendigheter kan bli sett på ikke bare som et brudd på dokumentasjonsplikten, men også som et brudd på forsvarlighetsprinsippet (§4 Helsepersonelloven, 1999). I Norsk Pasientskadeerstatning (2020) sin statistikk er mangelfull journalføring angitt som årsak til svikt i behandling i tre prosent av sakene. I spesialisthelsetjenesten har det i lengre tid vært lovpålagt å varsle helsetilsynet om alvorlige hendelser (§3-3a. Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Statistikk fra denne registreringen viste at uønskede hendelser vedrørende dokumentasjon var beskrevet i 9,8 prosent av meldingene i 2017 (Helsedirektoratet, 2018). En tilsvarende varslingsplikt for kommunehelsetjenesten trådte i kraft først 1. juli 2019 (§12-3a. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En studie fra Sverige ser på alvorlige hendelser fra sykehjem og finner at de hyppigst forekommende medvirkende årsakene er ufullstendig dokumentasjon samt manglende kompetanse, begge medvirkende årsak i 57 prosent av hendelsene (Andersson et al., 2018).

Kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §3.1) definerer pasientens/brukerens rett til å medvirke i utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Planlagte helse- og omsorgstjenester skal nedtegnes i tiltaksplanen, og dokumentasjon skal bygge videre på denne. (Synonymer for tiltaksplan er pleieplan og behandlingsplan, men i denne oppgaven er tiltaksplan brukt konsekvent). Dersom pasient og pårørende deltar i utarbeidelse av tiltaksplanen, er det enklere å holde seg orientert om det som skjer (Vabo, 2018).

Undervisning og forskning

Dokumentasjon av tiltak, gjennomføring og evaluering, er et fint utgangspunkt for undervisning av både personell og pasient. Ved bruk av standarder/terminologi kan journalen brukes til videre forskning på effekt av ulike sykepleietiltak (Macieira et al., 2019).

Ledelse og ressursstyring

Når pasientjournalene gir et godt bilde av planlagt og gjennomført helsehjelp vil man ha god oversikt over den totale pleietyngden i avdelingen, og man kan bruke ressursene bedre (Vabo, 2018).

Kontroll og ettersyn

Etter alvorlige hendelser i helsetjenesten eller klager på behandling eller pleie, er journalen utgangspunktet for kontroll og ettersyn.

2.2 Lover og etikk

Helsepersonells plikt til å dokumentere i pasientens journal, og krav til innhold i journal, er gitt av Kapittel 8 i Helsepersonelloven (1999). Pasientjournalloven (2014) fastsetter hvordan helseopplysninger skal behandles. Pasientjournalforskriften (2019) er hjemlet i disse to lovene og spesifiserer kravene. §3 i Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg (2015) er hjemlet i Pasientjournalloven og fastsetter at alle behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk. Kapittel 3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikrer bruker rett til medvirkning og informasjon. §5-1 i samme lov gir pasienten rett til innsyn i journalen.

Det er viktig at fremstillingen i journalen reflekterer de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019) om respekt for pasientens integritet (2.4) og pasientens valg (2.6) samt pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger (2.7).

I et innlegg fra NSF sitt etiske råd i Sykepleien stilles det spørsmål om man etter at dokumentasjonsplikten ble lovfestet i Helsepersonelloven (1999), har beveget seg fra å dokumentere for pasientens beste, med en etisk begrunnelse basert på velgjørenhetsprinsippet og ikke-skadep prinsippet, til å dokumentere til pasientens beste, med en begrunnelse basert på å ikke risikere et juridisk søksmål (Christensen, 2009). Etisk råd har i årene før dette innlegget fått flere henvendelser enn tidligere fra pasienter som har vært i en situasjon hvor de ikke har

følt seg sett og ivaretatt av sykepleieren slik de hadde forventet. Christensen undrer seg over om pasienter ikke føler seg sett og ivaretatt fordi de er blitt sett med et registrerende blikk, istedenfor et deltakende, på grunn av et skifte fra etisk til juridisk begrunnelse for å dokumentere for pasientens beste. Han reflekterer rundt om det å bli sett av en som kommer for å hjelpe, kan oppfattes som forskjellig fra det å bli sett av en som kommer for å sjekke blødningen i bandasjen, drenet, urinproduksjonen, hudfargen eller blodtrykket fordi dette er parametere som skal registreres (Christensen, 2009).

2.3 Sykepleieprosessen som rammeverk for dokumentasjon

Sykepleieprosessen er en metode for systematisk analytisk tenkning, en problemløsende metode, som har vært benyttet av norske sykepleiere fra 1960-årene (Skaug, 2016). Det er en generell metode for problemløsning som brukes av mange, men kalles sykepleieprosessen når det benyttes med sykepleiefokus. Skaug (2016) definerer fokus for sykepleie som *«menneskets opplevelser og reaksjoner i møte med helsetrusler og helsesvikt og de konsekvenser dette innebærer for pasientens ivaretagelse av sine grunnleggende behov»*. Når det snakkes om problemløsning i denne sammenhengen, presiserer Skaug at problemet ikke nødvendigvis oppleves som et problem for pasienten. Problem skal forstås som en hindring for å ivareta grunnleggende behov, eller en hindring for å mestre opplevelser og reaksjoner i møte med sykdom og lidelse. Problemløsningen skal så langt det er mulig gjøres sammen med og ikke for pasienten (Skaug, 2016). Problemene som identifiseres for problemløsning skal dokumenteres. De fem fasene som er vanlig å bruke i sykepleieprosessen er (NSFs faggruppe for e-helse, 2017; Skaug, 2016; Vabo, 2018): 1) Datasamling – å samle data og kartlegge ressurser. 2) Problemidentifisering – å definere behov eller problem. 3) Målidentifisering – å definere mål som dekker behovet eller avhjelper problemet. 4) Gjennomføre målrettede handlinger – å iverksette tiltak. 5) Evaluering – å avslutte eller endre tiltakene. Hvilken fase som vektlegges vil avhenge av problemsituasjonen. I akutte uavklarte situasjoner vil problemidentifisering ha fokus, mens det i stabile og avklarte situasjoner vil være identifisering og gjennomføring av målrettede handlinger som har fokus (Skaug, 2016). Sykepleieprosessen skal danne utgangspunktet for pasientens tiltaksplan (NSFs faggruppe for e-helse, 2017; Vabo, 2018), og evaluering av tiltak skrives i vaktrapporten. Sykepleieprosessen samsvarer med de krav som stilles til dokumentasjon i Pasientjournalforskriften (2019).

Johnsen, Ehrenberg og Fossum (2014) fant i sin studie, som vurderte kvalitet av sykepleiedokumentasjon på fire norske sykehjem i perioden 2007-09, at kun tre prosent av inntakstnotatene var tydelige, språklig korrekte og inneholdt all relevant informasjon, men ingen overflødig informasjon. Videre fant de at kun ni prosent hadde oppdaterte tiltaksplaner og i kun fem prosent av journalene var vaktrapportene skrevet etter hver vakt. Dokumentasjon av pleie og behandling i vaktrapportene var i stor grad kronologisk og ikke relatert til tiltaksplanen. Karlsen og Johnsen (2018) omtaler også i sin fagartikkel om forbedringsarbeid på et sykehjem at før intervensjon glemte mange å skrive rapport som var knyttet til det som sto i tiltaksplanen. De fant derfor at rapportsystemet viste liten sammenheng mellom iverksatte tiltak og oppnådd eller ikke oppnådd effekt, i stedet var rapportene fylt med irrelevant informasjon. Tilsvarende resultater finnes også internasjonalt, for eksempel i Nederland av Tuinman, de Greef, Krijnen, Paans og Roodbol (2017).

En nylig systematisk oversikt av oversiktsartikler, finner at å innrette dokumentasjon etter sykepleieprosessen og bruk av standardterminologier ser ut til å være viktig for høy kvalitet på sykepleiedokumentasjonen (De Groot, Triemstra, Paans & Francke, 2019). Men De Groot et al. (2019) sier også at selv om sykepleieprosessen er den faglige rammen, er det diskusjoner og usikkerhet innenfor sykepleiepraksis om hvilke kriterier som må møtes for å oppnå dokumentasjon av høy kvalitet.

2.4 EPJ-systemer i kommunehelsetjenesten

2.4.1 Om EPJ-systemene brukt i kommunehelsetjenesten

I Norge er det er enighet om at behovet for bedre løsninger for dokumentasjon i kommunesektoren er stort og vil bli enda større i årene fremover (Direktoratet for e-helse, 2018b). Det er derfor vedtatt å jobbe videre med en felles journal for kommunehelsetjenesten, Akson, med planlagt innføring fra 2025 til 2031 (Direktoratet for e-helse, u.å.-a). Det er mye usikkerhet knyttet til så store prosjekter, og de fleste sykehjem har nok mange år igjen på systemene de bruker i dag. De vanligste systemene i kommunehelsetjenesten er Gerica, CosDoc og Profil Unique. Alle disse er lagt opp for at sykepleieprosessen skal være utgangspunkt for dokumentasjonen, men helsepersonell i kommuner viser likevel frustrasjoner over at plan- og rapportdelen i de ulike systemene ikke fungerer optimalt i forhold til hva som kreves (Vabo, 2018).

2.4.2 Effekt av IKT

I en studie fra Australia sammenligner Wang, Yu og Hailey (2015) dokumentasjonspraksis på sykehjem før og etter innføring av EPJ . De finner at totalt sett ble ikke kvaliteten på dokumentasjonen bedre etter innføring av elektronisk journal. Rouleau et al. (2017) finner i sin litteraturstudie av systematiske oversiktsartikler som omhandler effekt av IKT på sykepleie, svært ulike erfaringer både på effekt på tidsbruk, på kvalitet av pleie og på dokumentasjon. I de fleste oversiktsartiklene inkludert var det funnet både positiv og negativ effekt på tidsbruken. At det er så store variasjoner i funnene kan tyde på at faktorer utenfor IKT-systemet, som organisasjon, opplæring og arbeidskultur, påvirker resultatet. Artiklene inkludert i studien favner vidt både på type IKT-system, institusjon og geografisk. I kapitlet om digitalisering i Nasjonal helse- og sykehusplan slår de også fast at det er enkelt å anskaffe et IKT-system, men å endre arbeidsformer, organisering og kultur for å realisere gevinster er vanskeligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

2.4.3 Problemløsning i hverdagen - «workarounds»

Når det oppstår frustrasjon over EPJ-systemet vil pleierne ofte finne mer eller mindre avtalte og formaliserte løsninger for å unngå frustrasjonen. Blijleven, Koelemeijer, Wetzels og Jaspers (2017) finner 15 ulike bakenforliggende årsaker til at det oppstår alternative løsninger relatert til EPJ i sykehus, og deler disse inn igjen i fire grupper: Personavhengige, EPJ-systemavhengige, oppgaverelaterte og organisasjonsavhengige. Den første gruppen går på den enkeltes kunnskap og arbeidskultur (fem årsaker), gruppe to årsaker grunnet svakheter ved EPJ-systemet (fire årsaker), gruppe tre på prioritering av andre oppgaver (to årsaker), og i den siste gruppen ligger faktorer som har bakgrunn i at helsearbeidere vil omgå krav som organisasjonen har satt og som det ikke er forståelse for blant de ansatte (fire årsker). Denne studien finner altså at ikke all frustrasjon knyttet til EPJ har sin bakgrunn i svakheter i eller feil med EPJ-systemet, selv om det uttrykkes som et problem med systemet av de ansatte. Selv om denne studien er gjennomført på sykehus er funnene generelle og sannsynligvis overførbare til andre institusjoner, som sykehjem.

2.5 Standardisering

2.5.1 Hvorfor er standardisering viktig

I stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal» er det anbefalt økt bruk av strukturerte data, fordi det kan bidra til bedret kvalitet på rapportering og enklere samhandling, ved at informasjon kan deles og gjenbrukes i ulike sammenhenger hvor alle sitter med det samme informasjonsgrunnlaget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Mange begreper som brukes av helsepersonell har et innhold som er bestemt av den enkelte, arbeidsplassen og/eller kulturen og åpner dermed for misforståelser i samhandling (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). En terminologi er en samling ord og uttrykk (termer) innenfor et fag eller emne og en terminologi er også et kodeverk når termen har en kode knyttet til seg (Direktoratet for e-helse, 2019). Bruk av terminologier skal bidra til en felles forståelse for betydning av begreper og bruk av definerte begreper kan bidra til både økt pasientsikkerhet, kontinuitet og kvalitet av sykepleie til den enkelte pasient (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Bruk av kodeverk og terminologi vil også øke muligheten for bruken av data fra EPJ, som grunnlag for forskning og i ledelse og ressursstyring (Laukvik, Mølsted & Fossum, 2017). Dette er også et av funksjonsområdene for dokumentasjon. En nylig systematisk oversiktstudie om sekundær bruk av standardiserte sykepleiefaglige data for å fremme sykepleievitenskap og praksis, bekrefter at kodete sykepleiedata hentet fra EPJ, er nyttige for å karakterisere sykepleiepraksis og gir potensial for å demonstrere sykepleierhandlinger sin innvirkning på pasientutfall (Macieira et al., 2019). I følge NSF's faggruppe for e-helse (2017) benyttes ikke klassifikasjoner/terminologier i sykepleie i kommunehelsetjenesten, men det er interesse for å legge til rette for at dette kan benyttes.

2.5.2 Valgte standarder for helsefaglig dokumentasjon

I 2019 ble det vedtatt å bruke SNOMED CT som felles standardisert terminologi i Norge (Direktoratet for e-helse, 2019). SNOMED CT er en omfattende terminologi som er utarbeidet for helsefaglig dokumentasjon, den dekker hele helsefeltet og er tverrfaglig. For sykepleiepraksis har direktoratet anbefalt bruk av International Classification of Nursing Practice (ICNP) som brukergrensesnitt-terminologi, med SNOMED CT som underliggende referanseterminologi (Direktoratet for e-helse, 2018a). ICNP uttrykker sykepleiediagnose, sykepleietiltak og pasientresultat, men i tillegg til denne kliniske praksisen også ledelse, forskning og utdanning (Laukvik et al., 2017). Både internasjonalt og i Norge pågår nå en

mapping/kobling mellom ICNP og SNOMED CT (Direktoratet for e-helse, 2019). Også Norsk Sykepleierforbund anbefalte bruk av ICNP (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

2.6 Kunnskaps- og beslutningsstøtte

I «Én innbygger - én journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) er det slått fast at beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet for å hjelpe helsepersonell til å ta riktige beslutninger. Elektronisk beslutningsstøtte defineres av Helsedirektoratet som et IT-verktøy som kombinerer medisinsk, helsefaglig og annen kunnskap med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling av pasienter, mens elektronisk kunnskapsstøtte er verktøy som kan gi helsepersonell tilgang til forskningsbasert kunnskap (Helsedirektoratet, 2014). I denne oppgaven brukes Helsedirektoratets definisjoner, mens noe av litteraturen bruker elektronisk beslutningsstøtte også om elektronisk kunnskapsstøtte.

VAR Healthcare er en database med ca. 400 oppdaterte prosedyrer med illustrasjoner og videoer, tester, fagstoff og kalkulatorer for bruk i praksis (VAR Healthcare, u.å.). Alle elektroniske pasientjournalsystemer i Norge har integrasjonsløsning med VAR og prosedyrer kan kobles til pasientens tiltaksplan (Rotegård & Fossum, 2019). Systemer som VAR Healthcare bidrar til å gjøre forskning og oppdatert kunnskap raskt tilgjengelig, og hjelper brukerne til å benytte og lære av forskning uten å måtte forstå forskningsrapportene som ligger til grunn (Rotegård & Fossum, 2019). VAR Healthcare er et verktøy for elektronisk kunnskapsstøtte. Det er ikke funnet dokumentasjon om beslutningsstøtteverktøy for sykepleiere som er integrert i EPJ-systemer brukt i kommunehelsetjenesten. Ved bruk av standardisering som ICNP og en dypere integrasjon mellom EPJ og VAR, kan VAR bli et verktøy for elektronisk beslutningsstøtte (Rotegård & Fossum, 2019).

Veiledende planer er også et hjelpemiddel for å forenkle dokumentasjonsarbeidet og sikre kvaliteten av sykepleien til den enkelte pasient (NSFs faggruppe for e-helse, 2017). De veiledende planene inneholder en kunnskapsbasert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser og relevante sykepleietiltak for en pasientgruppe, og er en liste å velge fra når sykepleier oppretter og lager tiltaksplan til bestemt pasient i EPJ. Planene må likevel individualiseres til den enkelte pasient.

3 Metode

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave der jeg presenterer og diskuterer eksisterende fagkunnskap fra forskningsartikler og fagbøker for å besvare problemstillingen. Metoden er valgt i henhold til Lovisenberg diakonale høyskole (LDH) sine retningslinjer for bacheloroppgave. I denne oppgaven beskriver og analyserer jeg utvalgte forskningsartikler funnet ved hjelp av et strukturert litteratursøk. Målet med et slik søk er ikke å få oversikt over all litteratur på området, men metodikken er hensiktsmessig for en bacheloroppgave som er begrenset i tid og omfang (Forsberg & Wengstrøm i Thidemann, 2015).

3.1.1 Innledende søk

Oppgaven ble startet med et usystematisk søk i ulike kilder, også kalt et manuelt søk (Thidemann, 2015). Jeg gikk tilbake til forelesningsnotater og pensum og søkte i Oria etter fagbøker, samt søkte med ulike ord og fraser relatert til sykepleiedokumentasjon i Sykepleien.no, Google Scholar, Cinahl, Medline og Pubmed. For å få oversikt over forskning gjort innenfor tema dokumentasjon på sykehjem, leste jeg titler og sammendrag. Relevante artikler ble lastet ned i fulltekst og skimlest. Referanselister i bøker og relevante artikler, og artikler som refererte til relevante artikler, ble gjennomgått på tilsvarende måte. I de innledende søkene fant jeg flest relevante artikler gjennom PubMed og jeg valgte derfor å bruke denne databasen til et strukturert søk videre.

3.1.2 Strukturert databasesøk

For å finne MeSH termer brukte jeg helsebibliotekets side «Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk» (Aasen, 2020). I tillegg så jeg på nøkkelord i relevante artikler funnet i det innledende søket, samt termer brukt i tittel og abstrakt. Det ble søkt på både MeSH-termer og tekst i «All fields». Sykehjem tilsvarer MeSH term "Nursing Homes". I tillegg valgte jeg å bruke "Long-term Care" (MeSH) og "municipal health care". Sistnevnte ble inkludert fordi jeg i innledende søk fant at flere relevante studier inkluderer både sykehjem og hjemmetjenesten. MeSH termer for dokumentasjon, sykepleiejournaler og elektroniske helsejournaler er henholdsvis "Documentation", "Nursing Records" og "Electronic Health Records".

Jeg valgte å bruke engelske termer, da jeg følte at jeg hadde ganske god oversikt over norskspråklige artikler etter innledende søk og at flere relevante norskspråklige artikler jeg fant i innledende søk også var tilgjengelig i engelske versjoner. PICO-skjema ble gjennomgått sammen med bibliotekar ved LDH og er gjengitt i Tabell 4, i vedlegg A.1.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt i søket, med begrunnelse for valg, er gitt i Tabell 1. Tabell 2 viser antall treff i søket.

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier	Begrunnelse
Satt i PubMed søket		
Publisert etter 1.1.2012	Publisert før 1.1.2012	Dokumentasjon i EPJ er et felt i utvikling.
Engelsk eller skandinavisk språk	Annet språk	Behersker ikke andre språk godt nok.
	Abstrakt ikke tilgjengelig i PubMed	For å lette den videre prosessen og at erfaring tilser at dette ofte ikke er fagfellevurderte artikler med IMRAD struktur
Brukt under gjennomgang av titler og abstrakt		
Fagfellevurderte i journal godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å.)	Ikke fagfelle vurderte artikler eller artikkel i ikke kvalitetssikret journal.	Det er mange useriøse publiseringskanaler.
IMRAD struktur	Ikke IMRAD struktur	Krav om god metodikk
Studien er gjennomført i Europa, Canada, USA, Australia eller New-Zealand	Studien er gjennomført i andre land	Sikre at dette er studier fra land som har en befolkning, arbeidskultur og primærhelsetjeneste som kan tilsvare Norge og dermed være relevant for norsk helsevesen
Omhandler dokumentasjon på sykehjem	Omhandler dokumentasjon i forhold til samhandling og overføring mellom behandlingsinstitusjoner eller -nivåer, eller dokumentasjon på sykehus.	Basert på problemstilling og avgrensning av denne.
	Omhandler hovedsakelig dokumentasjon av medisinbehandling.	Basert på problemstilling og avgrensning av denne.
	Omhandler utfordringer knyttet til at dokumentasjonsspråket ikke er morsmålet	Basert på problemstilling og avgrensning av denne.
	Omhandler pasientens syn på dokumentasjon	Basert på problemstilling og avgrensning av denne.

Tabell 2. Litteratursøk i PubMed, utført 10.03.2019

#	Søke term	MeSH Term	«All Fields»	Antall funn	Etter 1.1.2012	Med abstrakt	Språk begrensning
1	“Nursing homes”	Ja	Ja	38.356			
2	“Long-term care”	Ja	Ja	43.834			
3	"municipal health care"	Nei	Ja	99			
4	Kombinert søk 1-3 med OR (=Patient)			74.046	20.009		
5	Documentation	Ja	Ja	972.088			
6	“electronic health record”	Ja	Ja	23.722			
7	“Nursing Records”	Ja	Ja	6907			
8	Kombinert søk 5-7 med OR (=Intervention)			997.425	211.869		
9	Quality OR practice OR Evaluate OR Experience (=Outcome)	Nei	Ja	3.564.285	1.696.736		
10	Kombinert søk 4, 8 og 9 med AND¹			708	303	293	283

1) Søkestreng gitt i vedlegg A.2

Etter å ha lest gjennom titlene på de 283 artiklene med tanke på eksklusjonskriteriene fra Tabell 1, sto jeg igjen med 154 artikler. For disse artiklene ble abstrakt lest og listen ytterligere redusert til 32 artikler. Disse artiklene ble lastet ned i fulltekst og skimlest. De mest relevante artiklene ble lest grundig før jeg valgte fire artikler for videre beskrivelse og analyse.

3.2 Kildekritikk

Å være kritisk til utvalgt litteratur og hvilke relevans og gyldighet den har er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017).

3.2.1 Bakgrunns- og faglitteratur

Som referanse på hva som er god sykepleiedokumentasjon er det valgt å ta utgangspunkt i Grete Vabo sin bok *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (Vabo, 2018). Det har skjedd mye innenfor dokumentasjon de siste årene og det er derfor viktig å bruke en oppdatert lærebok. Vabo har jobbet lenge med dokumentasjon og jobber i et anerkjent miljø innen e-helse og dokumentasjon. Hun er blant annet tilknyttet *Norsk forskning- og utviklingscenter for ICNP* (N-ICNP, u.å.). Jeg har også brukt forskningsresultater fra den fagfelleverderte antologien *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (Hellesø & Olsen, 2019). Hellesø og Olsen som er redaktører for antologien er knyttet til anerkjente miljøer i Norge. Forskningslitteratur trukket inn i teori og diskusjonene ellers er fagfelleverdert fra journaler

godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å.). I tillegg er det benyttet offisielle rapporter fra helsedirektoratet, e-helse direktoratet, NSF, stortingsmeldinger og lovverk med mer.

3.2.2 Utvalg av forskningsartikler

Artiklene jeg har valgt er alle skrevet på engelsk, og siden dette ikke er mitt morsmål kan jeg ha feiltolket eller misforstått innholdet.

Jeg har valgt å ikke inkludere oversiktsartikler blant funnartiklene, selv om funn i systematiske oversikter er mer pålitelige enn enkeltstudier. Jeg identifiserte ingen systematiske oversiktstudier som svarte helt spesifikt på min problemstilling.

Jeg har inkludert to kvalitative og to kvantitative artikler i denne oppgaven. Dette kan gi utfordringer med å sammenligne resultater fordi resultatene fremstilles ulikt, men i en bacheloroppgave er det akseptert å benytte kilder med ulike tilnærminger (Thidemann, 2015). Jeg har vurdert at disse artiklene utfyller hverandre på en måte som oppveier ulempene med ulike metoder.

De valgte forskningsartiklene er vurdert i henhold til sjekklister for kritisk vurdering av artikler fra Helsebiblioteket.no (2016).

Nurses' information practice in municipal health care—A weblike landscape

Østensen, Bragstad, Hardiker og Hellesø (2019) sin kvalitative studie er gjennomført i Norge nylig. Det er imidlertid et forholdsvis begrenset utvalg, 17 sykepleiere i tre kommuner. De 17 takket ja til å delta, men det er ikke opplyst hvor mange som takket nei, eller hvor representative de 17 er for alle sykepleiere i kommunene.

Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce.

Håkonsen, Pedersen, Bygholm, Thisted og Bjerrum (2019) sin studie har datainnsamling i en dansk kommune. Danmark er sammenlignbart med Norge med tanke på helsevesen og befolkning, og studien er derfor relevant for norske sykehjem. En svakhet med studien for min oppgave er at den inkluderer flere helsefagarbeidere enn sykepleiere, og at sykepleierne

som er med, jobber i hjemmesykepleie, ikke i sykehjem. Artikkelen har likevel sammenfallende informasjon fra de sykepleierne og helsefagarbeiderne som deltok. Dette er en kvalitativ studie med relativt få deltakere, 4 sykepleiere og 10 helsefagarbeidere.

Nursing Documentation in Long-Term Care Settings: New Empirical Evidence Demands Changes be Made

Den canadiske studien til Voyer et al. (2014) med datasamling i 2011 er noe eldre enn de to første studiene. Med takten på teknologiske endringer kan man stille spørsmål ved hvor lenge forskning som innebærer bruk av datasystemer er relevant. Jeg har vurdert at hovedfunnene her er av en slik karakter at endringene i journalsystemene de siste årene ikke ville påvirket resultatet av studien vesentlig. Canada har et offentlig helsevesen av tilsvarende kvalitet som Norge (Johannessen, 2018), slik at resultatene er relevante for norske forhold.

Effects of a computerized decision support system on care planning for pressure ulcers and malnutrition in nursing homes: An intervention study

Kritikken på årstall for datasamling gjelder også for Fossum, Ehnfors, Svensson, Hansen og Ehrenberg (2013) sin norske studie som hadde datasamling helt tilbake til 2007 og 2009. Dette var i en periode da kommunehelsetjenesten var på vei over til EPJ. Da det er ønskelig at beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet for å hjelpe helsepersonell til å ta riktige beslutninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), så finner jeg likevel disse funnene relevante og interessante for oppgaven. Jeg har ikke klart å finne nyere og mer relevant forskning på bruk av elektronisk beslutningsstøtte-verktøy for sykepleiere i sykehjem. Denne artikkelen er basert på samme datainnsamling som artikkelen til Johnsen et al. (2014) som det er henvist til i teorikapittelet. Studien er altså ikke uavhengig av funn presentert i teorikapittelet.

3.3 Etiske vurderinger

Alle studier publisert i anerkjente tidsskrifter er godkjent av etiske komiteer aktuelle for den gjennomførte forskningen. Erfaringer fra egen praksis er omtalt med respekt for pasienter og ansatte på praksissteder. Praksissteder er ikke identifisert og jeg har hensyntatt taushetsplikten (§21 Helsepersonelloven, 1999).

4 Presentasjon av forskningsresultater

Funnene i de utvalgte artiklene om hvorfor det kan være utfordrende å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem kan i hovedsak grupperes innenfor tre områder:

1) Hvordan informasjonspraksis i sykehjem generelt påvirker journalføring. 2) Hvordan ytre faktorer som teknologi, arbeidsbelastning, opplæring og ledelse påvirker dokumentasjonspraksis. 3) Hvordan lite bruk av standardisering samt kunnskap- og beslutningsstøtte påvirker. Detaljer om funn i de ulike artiklene er gitt i artikkelmatrisen i Tabell 3.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3 Artikkelmatrise med informasjon om de 4 utvalgte forskningsartiklene.

#	Forfatter	Tittel	Tidskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Østensen et al. (2019)	Nurses' information practice in municipal health care— A web - like landscape	Journal of Clinical Nursing	Hensikten med studien var å se på underliggende karakteristikk av sykepleieres informasjonspraksis i kommunehelsetjenesten, og å avdekke hvordan, når og hvorfor ulik informasjon ble produsert, delt og håndtert.	Kvalitativ studie fra Norge, med deltakende observasjon og individuelle intervjuer. Bekvemmelighetsutvalg av deltakere i 3 kommuner. 17 sykepleiere sa seg villig til å delta, 4 fra hjemmesykepleien og resten fra ulike døgnplasser i kommunehelsetjenesten. Alle ble observert etter definert observasjonsguide på ett dagskift og semistrukturert intervju gjennomført i etterkant.	Sykepleieres informasjonspraksis i kommunal helsetjenesten er kompleks. Kompleksiteten gjenspeiles i fire temaer: 1) Nett av informasjonskilder. 2) Å kjenne pasienten og redundans. 3) Asynkron informasjonspraksis. 4) Kompenserende løsninger.
2	Håkonsen et al. (2019)	Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce.	BMC Health Services Research	Hensikten med studien er å undersøke helsepersonells syn på hvordan kompetanse innen ernæring og dokumentasjon samt organisasjonsstruktur påvirker deres daglige arbeid og kvaliteten på omsorgen gitt på sykehjem og i hjemmesykepleie.	Kvalitativ studie fra Danmark. Fokusgruppe-intervju i 2 grupper à 7 deltakere. Bekvemmelighetsutvalg gjort av lokal koordinator for å få informanter med mye informasjon, samt maksimal spredning i forhold til ansiennitet og år i primærhelsetjenesten. Inkluderer både helsefagarbeider (14 eller 20 måneders utdanning) og sykepleiere (3,5 års utdanning)	Seks kategorier ble identifisert: 1) Mangel på enhetlig og systematisk kommunikasjon påvirker praksis innenfor ernæringspleien. 2) Erfaringsbasert kunnskap blant den primære arbeidsstyrken påvirker daglige kliniske beslutninger. 3) Ulike holdninger til ernæringspleie fører til forskjeller i kvaliteten på omsorgen. 4) Forskjeller i organisasjonskultur påvirker omsorgskvalitet. 5) Mangel på klar ansvarsfordeling for ernæringsmessige oppgaver påvirker hvordan daglig pleie utføres. 6) Mangel på klinisk lederskap og prioriteringer gjør ernæringspleien usynlig.

#	Forfatter	Tittel	Tids-skrift	Hensikt	Metode	Funn
3	Voyer et al. (2014)	Nursing Documentati on in Long-Term Care Settings: New Empirical Evidence Demands Changes be Made	Clinical Nursing Research	Å avdekke avvik mellom gjenkjenning av symptomer på delir og dokumentasjon av disse i journalnotater. 3 forskningsspørsmål: a) Andel delir-symptomer som dokumenteres? b) Sammenheng mellom antall beboere per sykepleier og andel symptomer som dokumenteres. c) Varierer andelen dokumenterte symptomer med beboerens delirstatus.	Kvantitativ observasjons- og journalgranskingsstudie fra Canada. 280 pasienter på sykehjem (eldre enn 65 år) ble rekruttert fra 7 ulike sykehjem, med mål om representativt utvalg. 168 primær-sykepleiere involvert. Pasientene ble vurdert for delir med validerte instrumenter av forskningsassistent en gang per måned i opptil 6 måneder. Etter delir-vurdering ble primær-sykepleier intervjuet om observerte delir-symptomer siste uke. I etterkant ble journal gjennomgått av forsker for å se etter dokumentasjon av 9 ulike symptomer på delir. Både sykepleier og forsker var ukjent med forskningsassistentens vurdering av delir. Det ble gjort statistisk analyse av resultatene.	214 beboere hadde i perioden minst ett symptom på delir rapportert av sykepleier i intervjuene. Funn: a) Andelen av symptomer identifisert av sykepleier som også var dokumentert varierte fra 1.9 % (uoppmerksomhet) til 53,5 % (hyperaktivitet). Totalt sett var 7.6 % av symptomene angitt av sykepleier i intervju dokumentert i journal. b) Antall pasienter per sykepleier ble delt i grupper med <10 pasienter per sykepleier, 10-14 pasienter per sykepleier eller mer enn 15 pasienter per sykepleier, men det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i andel dokumenterte symptomer mellom disse gruppene. c) To symptomer var hyppigere dokumentert hos pasienter med delir enn hos pasienter uten, men andelen dokumentert var fortsatt svært lav, slik at dokumentasjon heller ikke er mer nøyaktig for dårligere pasienter.
4	Fossum et al. (2013)	Effects of a computerized decision support system on care planning for pressure ulcers and malnutrition in nursinghomes: An intervention study	International Journal of medical informatics	Hensikten med studien var å undersøke om elektronisk beslutnings-støtte (EBS) og et undervisningsprogram påvirket dokumentasjonens fullstendighet/ completness (tilstedeværelse eller fravær av viktige beboerdata for sykepleie) og helhet/ comprehensiveness (vurderinger av sammenhengen mellom de vesentlige elementene i sykepleieprosessen)	Kvantitativ journalgranskingsstudie før (i 2007) og etter (i 2009) intervensjon. Journaler til beboere med trykksår eller underernæring inkludert. 15 sykehjem i 7 kommuner fordelt på 3 fylker ble delt i 3 grupper, basert på ledelsens villighet til å delta Kontroll: 7 sykehjem IG1: EBSS og undervisning, 4 sykehjem. IG2: Undervisning, 4 sykehjem. EBSS ble utviklet i henhold til gjeldende anbefalinger, og foreslo sykepleiediagnoser og tiltak basert på input fra EPJ og sykepleier. Det ble gjort statistisk analyse av resultatene.	Dokumentasjon var bedre i begge intervensjonsgruppene enn i kontrollen. Effekt på fullstendighet (completness): • Signifikant bedring på dokumentasjon av vurdering av risiko for trykksår for både IG1 og IG2, men mere uttalt for IG1 enn IG2. • Signifikant bedring på dokumentasjon av evaluering av vekt og forebygging av underernæring i IG1, ikke de andre gruppene. Effekt på helhet (comprehensiveness): • Vurdert for helhet i dokumentasjon av trykksår var IG1 signifikant bedre enn IG2. • Vurdert for helhet i dokumentasjon av underernæring var IG1 signifikant bedre enn IG2, men IG2 var også signifikant bedre enn kontrollgruppen. Gjennomsnittlig antall notater per beboer om både trykksår og underernæring var <1 i alle grupper, unntatt IG1 for feilernæring etter intervensjon

5 Diskusjon

Som omtalt i teorikapittelet så finner man i norske studier ufullstendige og vage tiltaksplaner og liten sammenheng mellom tiltaksplaner og rapporter, som i hovedsak skal være evaluering av tiltaksplanen (Johnsen et al., 2014; Karlsen & Johnsen, 2018). Dette sammenfaller med egne erfaringer fra praksis. Basert på resultat av litteratursøket er utfordringer som ligger til grunn for dette diskutert innfor tre kategorier. Først diskuteres funn om informasjonshåndtering i sykehjem, deretter hvordan ytre faktorer som teknologi, arbeidsbelastning, opplæring og ledelse påvirker dokumentasjon, og til slutt hvordan mer bruk av standardisering og kunnskaps- og beslutningsstøtte kan øke kvaliteten på dokumentasjonen.

5.1 Informasjonshåndtering i og utenfor EPJ

Selv i en stabil situasjon på et sykehjem er det mye informasjon som formidles mellom de ulike profesjonene, mellom samme profesjon på ulike vakter og mellom sykehjem og pårørende. Østensen et al. (2019) har som utgangspunkt for sin studie at man må forstå mer av helheten i informasjonspraksis og informasjonsflyt for å forstå hvorfor man igjen og igjen finner at dokumentasjon i EPJ i kommunehelsetjenesten ikke er tilfredsstillende. De finner at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har mange informasjonskilder, skriftlig og muntlig, og at den samme informasjonen finnes flere steder. Pasientlister med oppdatert informasjon om pasientene, pasientnære oppslagsark med elementer fra tiltaksplan og tradisjonell eller elektronisk tavler nevnes i deres studie.

5.1.1 Muntlig og annen uformell informasjonsutveksling

Dersom muntlige eller uformelle informasjonskanaler foretrekkes, så vil dette gå utover kvaliteten på dokumentasjon i EPJ. Østensen et al. (2019) finner at muntlig informasjonsutveksling er hyppig brukt i alle avdelingene, både i organiserte aktiviteter (for eksempel i møter ved vaktskifter) og ad hoc. De finner at deler av informasjonen som overleveres muntlig også finnes i EPJ, men at ikke all informasjon er der, slik at de muntlige overføringene blir nødvendig. Voyer et al. (2014) har i sin canadiske studie sett på avvik i hvilke delir-symptomer som sykepleierne på sykehjem rapporterer muntlig under intervju, og hvilke av disse symptomene som er rapportert i EPJ. De finner at selv om sykepleierne hadde

gjenkjent symptomene på delir og kunne rapportere om disse i et intervju så var kun 7,6 prosent av symptomene dokumentert i EPJ. Voyer et al. (2014) trekker frem som mulig grunn til dette sykepleieres tilbøyelighet til å kommunisere informasjon om beboere muntlig heller enn skriftlig (Jefferies, Johnson og Nicholls (2012) refert i Voyer et al., 2014). Så lenge symptomer ikke er dokumentert i EPJ, vil ikke viktig informasjon være tilgjengelig for alle som gir sykepleie og andre relevante aktører som for eksempel leger. Voyer et al. (2014) fremholder dette som en spesielt alvorlig bekymring for kvalitet på sykehjem der legevisittene ikke er så frekvente som på sykehus. Østensen et al. på sin side trekker frem de mange informasjonskildene, muntlige og skriftlige, som en mulig forklaring på hvorfor flere studier finner at bedre dokumentasjon ikke nødvendigvis gir bedre pleie (Müller-Staub, Lavin, Needham og Van Achterberg (2006) referert i Østensen et al., 2019). Disse funnene tilsier altså at tilstrekkelig informasjonsutvekslingen for god pleie er ivarettatt, selv om informasjonen ikke er i EPJ. Informantene i Håkonsen et al. (2019) sin studie om dokumentasjon rundt ernæring ser heller ikke på journalen som hovedkanal for kommunikasjon mellom helsearbeiderne. De mener at detaljer og nyanser vil forsvinne om man anser EPJ som hovedkommunikasjonskanal.

Selv om Østensen et al. (2019) viser til flere studier som finner at bedre dokumentasjon ikke nødvendigvis gir bedre pleie, viser gjennomgang av uønskede hendelser at ufullstendig eller manglende dokumentasjon er en medvirkende årsak til mange av de uønskede hendelsene (Andersson et al., 2018; Helsedirektoratet, 2018; Norsk Pasientskadeerstatning, 2020). Østensen et al. (2019) understreker også at bruk av muntlig informasjon og andre uformelle og mere flyktige informasjonskanaler ikke vil oppfylle andre av dokumentasjonens funksjoner. Muntlig informasjon kan ikke brukes i ressursstyring, videre i forskning og utvikling eller senere vurdering av kvalitet på pleie. Når viktige symptomer kun formidles muntlig og utelates fra EPJ, vil ikke Pasientjournalforskriften (2019) og Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg (2015) være fulgt, da mye av denne informasjonen er lovpålagt å journalføre.

Østensen et al. (2019) sine funn om informasjonspraksis sammenfaller godt med min erfaring fra praksis i sykehjem, men jeg erfarte at den uformelle informasjonshåndteringen virket negativt på pleiekvaliteten. På mitt praksissted ble ny aktuell informasjon og tidsbegrensede tiltak skrevet på pasientlister som ble brukt som grunnlag for muntlig rapport i vaktskiftet, heller enn i tiltaksplanen. Fordi man fikk grundig muntlig rapport og kjente pasienten, ble det

ikke ansett som nødvendig å lese om pasienten i EPJ. Informasjon på pasientlisten var som regel tilgjengelig kun frem til neste dag, og deretter «forsvant» informasjonen. Et eksempel er oppstart av drypping av ører før skylling. Dette tiltaket ble igangsatt i legevisitt og referert i et notat fra legevisitt i EPJ. Dette notatet ble vanligvis lest kun en gang. Ved første vaktskifte etter legevisitt står dette på rapportarket og det ble referert i muntlig rapport, men deretter ble det ofte glemt om ikke sykepleier som hadde deltatt i legevisitt var på vakt. Dette resulterte i at drypping av ører før skylling måtte pågå over en unødvendig lang periode, eller at øreskylling ble gjennomført med dårligere effekt og måtte gjentas flere ganger. Både drypping og skylling kan oppfattes som plagsomt, særlig av personer med demens som ikke forstår bakgrunn for prosedyren. Innføring i det daglige rapportarket ble på mitt praksissted ansett som viktigere enn å legge informasjon i EPJ, og dermed ble ikke all informasjon dobbeltført i EPJ, noe som sammenfaller med Østensen et al. (2019) sine funn.

Både mine egne erfaringer og funn i litteraturen sannsynliggjør altså at utstrakt bruk av uformelle kanaler gjør at informasjon forsvinner og at lovpålagt informasjon ikke legges inn i EPJ. Dette er en utfordring for systematisk og god dokumentasjon på sykehjem.

5.1.2 Kvalitet og relevans av tiltaksplaner og rapporter

Et annet av Østensen et al. (2019) sine funn var at fordi sykepleierne kjente pasienten, og fikk muntlig overføring av ny informasjon, så fant de det ikke nødvendig å lese journal og tiltaksplan daglig. En konsekvens av at man ikke finner det nødvendig å lese journalen er at man heller ikke føler det hensiktsmessig å prioritere å skrive i journalen. Flere av Østensen et al. (2019) sine informanter gir her noe motstridende informasjon. De rapporterer både at det er unødvendig å lese tiltaksplanen når man jobber 100 prosent og kjenner pasienten, samtidig som de også mener at den burde brukes mer. Det kan synes som om at man i en travel hverdag «biter seg selv i halen», man leser ikke tiltaksplanen fordi den ikke er oppdatert og dagsaktuell, og man prioriterer ikke å oppdatere den fordi den uansett ikke leses. Den sammen ambivalensen om verdien av tiltaksplaner er også fremhevet i en britisk studie fra demensomsorgen (Drummond & Simpson, 2017). Informantene i denne studien gir uttrykk for viktigheten av dokumentasjon, samtidig verdsettes ikke dokumentasjon som «virkelig arbeid», og å lese tiltaksplaner omtales som bortkastet tid.

Når tiltaksplanene i utgangspunktet er utydelige og lite konkrete, slik som Karlsen og Johnsen (2018) fant, vil de daglige rapportene som skal være evalueringer av tiltaksplanen også bli uklare og lite målrettede. Det føles da unødvendige og unyttig å bruke tid på å skrive dem. Fossum et al. (2013) fant at etter ekstra faglig oppdatering ble kvaliteten av rapportene bedre, men det ble fortsatt skrevet få rapporter. Voyer et al. (2014) trekker også frem mangler i tiltaksplaner som en mulig forklaring på manglende dokumentasjon av delir-symptomer i EPJ. Det er manglende fokus på mental status i evalueringer på langtidspleieinstitusjoner, og tiltaksplanen mangler ofte skriftlig vurdering av beboers kognitive status og hvordan dette skal evalueres (Voutilainen, Isola, og Muurinen (2004) referert i Voyer et al., 2014). Hellesø og Sogstad (2019) finner også at norske sykepleiere finner det vanskelig å dokumentere ikke-kroppslige helseutfordringer i tiltaksplanen.

I min praksis har jeg erfart at rutinene på sykehjem er oppdatering av tiltaksplaner hver tredje måned, sammenfallende med rapportering til kommunen. Dette stimulerer ikke til daglig lesing av tiltaksplaner, og tiltaksplanene reflekterer heller ikke pasientens status. Dette erfarte jeg når jeg leste tiltaksplanen før jeg skulle stelle en pasient i praksis på sykehjem. I tiltaksplanen sto det at pasienten forflyttet seg fra seng til bad med stokk. Det viste seg at pasienten var avhengig av rullestol. At hun kunne gå med stokk var skrevet inn i tiltaksplanen ved ankomst basert på komparent-opplysninger. Tiltaksplanen var ikke oppdatert, og dersom jeg hadde fulgt planen ville dette fått alvorlige konsekvenser. Om tiltaksplanen ble oppdatert ble den likevel ikke lest. Etter en diabetespasient hadde vært hos fotpleier satte jeg smøring av føtter i tiltaksplanen, men dette ble ikke fulgt opp etter at det «forsvant» fra rapportarket etter en dag. At helsepersonell antar å kjenne pasienten og derfor ikke leser tiltaksplanen gjør altså at nye tiltak ikke blir gjennomført.

Funnene i litteraturen og min erfaring er sammenfallende og tyder på at fordi det ikke prioriteres eller er kultur eller rutiner for å skrive konkrete og tydelige tiltaksplaner som oppdateres jevnlig, så leses ikke tiltaksplanene på sykehjem siden man likevel kjenner pasienten. Det prioriteres da heller ikke å skrive evaluering av tiltakene, og rapporteringen blir ofte sporadisk og tilfeldig, heller enn systematisk.

5.2 Ytre faktorer

Hvorfor velger man så å håndtere informasjon gjennom andre kanaler enn EPJ? Det er mange ytre faktorer som kan påvirke bruk av EPJ og i dette avsnittet kommer jeg inn på hvordan total arbeidsbelastning, EPJ-systemet, opplæring og ledelse kan påvirke dokumentasjon.

5.2.1 Arbeidsbelastning og tid til dokumentasjon

I praksis opplevde jeg at sykepleiere ga uttrykk for at dokumentasjon stjal tid fra pasientene og at stor arbeidsbelastning gjør det vanskelig å prioritere dokumentasjon. At sykepleierne føler at dokumentasjon stjeler tid fra pasientnært arbeid, kommer også frem i Østensen et al. (2019) sin studie. Sykepleierne der fremhevet at dersom en pasient trenger hjelp, prioriteres det høyere enn å lese og skrive i journalen.

Et av hovedfunnene til Østensen et al. (2019) er at informasjonen håndteres når ting skjer, mens dokumentasjon tas når det er tid til det, som regel en stund etter at informasjonen ble generert og håndtert. Ny informasjon kommer muntlig og overleveres muntlig. Den må behandles og videreformidles i sanntid fordi sykepleier på sykehjem har en koordinerende rolle for annet pleiepersonell. Dokumentasjon i EPJ er derfor som regel dokumentasjon av fortiden. Basert på egen erfaring i praksis så byr dette på problemer når man på slutten av dagen setter seg ned for å dokumentere for flere pasienter. Det er lett å glemme relevante observasjoner. Det samme trekkes frem av Voyer et al. (2014). I tillegg brukte jeg ekstra tid på å tenke gjennom hva som hadde skjedd gjennom dagen for å få med mest mulig relevante observasjoner. Noen av informantene i Håkonsen et al. (2019) sin studie om ernæring og dokumentasjon fremhever at de synes de bruker for mye tid på ubrukelig dokumentasjon, mens andre gjerne vil ha mer tid til dokumentasjon. Hvis sykepleier tenker at dokumentasjon er unyttig og ubrukelig så vil tiden man synes det er fornuftig å bruke på dokumentasjon være mindre enn om man tenker at dokumentasjonen er nyttig. Dette vil påvirke om man prioriterer tid til dette i løpet av dagene eller sier at man ikke rakk det.

I en undersøkelse fra Nordlandsforskning om *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene* finner de at rapportering i brukerens journaler er det som tar mest tid av dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene, etterfulgt av oppfølging av sykemeldte, arbeid med tiltaksplaner, medisin håndtering og besvare henvendelser om brukerne (Gjertsen, Gjernes & Solvoll, 2012). Det er altså ikke tvil om at dokumentasjon i EPJ tar en del tid, og at det i en travel arbeidshverdag kan være vanskelig å prioritere dette. 20 prosent av

sykepleierne som er respondenter i Nordlandsforskning sin rapport sier at det ofte er vanskelig å finne tid til rapportering i brukerens journal, mens hele 53 prosent sier det skjer noen ganger. Mange sier at de ofte gjør rapporteringen etter arbeidstid. Det kan likevel settes spørsmålsteget ved om dokumentasjonen hadde vært bedre om arbeidsbelastningen hadde vært mindre. Et av forskningsspørsmålene til Voyer et al. (2014) var om det var en sammenheng mellom arbeidsbelastning målt gjennom antall beboere en sykepleier hadde ansvaret for og andelen dokumenterte delir-symptomer. De fant ingen statistisk signifikant forskjell i dokumentasjon av symptomer mellom grupper av sykepleiere som hadde ansvaret for færre enn 10, 10-14 eller 15 eller flere, beboere, men de påpeker at alle sykepleierne her hadde ansvaret for mange beboere og dermed en høy arbeidsbelastning.

Generelt er det vel enighet om at arbeidsbelastningen for sykepleiere og andre pleiere i pleie- og omsorgstjenesten har blitt større de siste årene, og til tider er den kanskje for stor. Utfordringen er da å bruke tiden som brukes til dokumentasjon bedre for å få mer systematisk og bedre dokumentasjon av sykepleien. Om sykepleieren finner tid avhenger også av hvor nyttig sykepleier finner dokumentasjonsarbeidet.

5.2.2 Teknologifordringer

Det finnes ulike utfordringer i forhold til teknologi, blant annet mangler i EPJ-systemet, dårlig brukergrensesnitt og dårlig tilgjengelighet pasientnært / på pasientens rom. Når EPJ ikke understøtter ønsket funksjonalitet, bruker sykepleiere kreativiteten til å komme rundt hindrene. Østensen et al. (2019) trekker frem manglende mulighet til å lagre bilder i journalen. Det er vanskelig å beskrive et sår helt entydig for å sjekke mindre endringer fra et sårstell til neste, mens et fotografi med påtegnede mål gjør det mye enklere å følge sårutviklingen, og sykepleier bruker derfor privat mobil for å ta bilde. Sårprosedyren vil da kunne tilpasses bedre og sårtilheling kan bli bedre. En slik problemløsningsstrategi vil ofte gi dårligere beskrivelse av såret i journalen, fordi man vet man har informasjonen i bildet. Å ha bilder av pasienters sår på private mobiltelefoner er også problematisk i forhold til pasientens personvern og taushetsplikten (§21 Helsepersonelloven, 1999) og yrkesetiske retningslinjer om vern om fortrolige opplysninger (punkt 2.7, Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Basert på egen erfaring fra praksis er nedetiden på journalsystem i pleie- og omsorgstjenesten ikke neglisjerbar, og en kilde til både usikkerhet og frustrasjon. Også brukervennligheten

kunne vært bedre. Som omtalt i teorikapittelet er de bakenforliggende årsakene til at man finner alternative løsninger for å komme rundt problemer man opplever med EPJ, ikke bare relatert til problemer med programvaren eller datautstyret. Kun fire av femten bakenforliggende årsaker Blijleven et al. (2017) identifiserte var relatert til problemer eller mangler med EPJ-systemet. Det kan nok være en tilbøyelighet blant brukere å tilskrive flere utfordringer rundt dokumentasjon til problemer med EPJ-systemet enn det som er reelt.

En annen utfordring relatert til teknologien er tilgjengeligheten både generelt og pasientnært. Noen sykehjem har tatt i bruk mobile enheter, eller skjermer på pasientrommet, slik at journalen er tilgjengelig inne hos pasienten for lesing og/eller skriving. Tilgang til EPJ på pasientrommene vil gjøre det enklere å benytte informasjon fra EPJ og å dokumentere fortløpende. Siden mange ønsker eller har tid til å dokumentere på samme tid kan det også være problematisk med PC-tilgang noen steder.

Både mangler i EPJ, dårlig brukergrensesnitt og tilgang til EPJ vil påvirke kvalitet på dokumentasjon, men mest sannsynlig tilskrives for mange problemer systemet, mens det er hvordan systemet brukes og/eller brukerens kunnskap som er bakenforliggende årsak.

5.2.3 Opplæring, kultur og ledelse

Både i sykepleierutdanningen og i helsefagarbeiderutdanningen foregår mye av opplæringen i praksis, dette gjelder også opplæring i hvordan dokumentere i EPJ. Personlig erfaring fra praksis både på sykehus og i kommunehelsetjenesten er at veiledningen og opplæringen i dokumentasjon i EPJ er mangelfull. I løpet av mine praksisperioder har for eksempel ingen av veilederne påpekt at de daglige rapportene i hovedsak skal være en evaluering av tiltak i tiltaksplanen. Tiltaksplaner har vært lite vektlagt og rapportene er fritekst om dagens gjøremål. Håkonsen et al. (2019) finner også at opplæring i EPJ er lite systematisk og i hovedsak skjer ved at nyansatte prøver å dekode kollegers praksis. Det er usikkerhet om både hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres. Selv innad i en organisasjon blir det da store forskjeller fra person til person. Også Nordlandsforskning sin rapport (Gjertsen et al., 2012) påpeker at det er stor usikkerhet rundt hvor omfattende og detaljert journalen skal være og at det er utydelig hva som skal rapporteres og hvordan. Fossum et al. (2013) fant i sin studie at opplæring i hvordan trykksår og feilernæring skal risikovurderes og forhindres ga bedre dokumentasjon, selv om dokumentasjon ikke var fokus i opplæringen. Å få større

trygghet på hva som er viktig kan også gi større trygghet på hva som skal dokumenteres. Sykepleierutdanningene overlater altså mye av opplæringen i dokumentasjon til praksis, mens ledere i praksis har gitt uttrykk for at de ønsker at studentene har bedre opplæring fra skolene slik at de kan inspirere sykepleierne på sykehjemmene til å utnyttet mulighetene i EPJ-systemene bedre (Naustdal & Netteland, 2012).

Sykepleiere på sykehjem er faglig ledere og å sørge for dokumentasjon er en av faglig leder sine hovedfunksjoner og sykepleier står ansvarlig for dokumentasjon av sykepleien også når oppgaver er delegert (Pfeiffer, 2002). Også avdelingsledere på sykehjem har et ansvar for å tilrettelegge for opplæring og for å sørge for at god dokumentasjon har fokus. Håkonsen et al. (2019) finner at informantene opplever manglende organisatorisk og klinisk ledelse for å prioritere ernæringspleie og dokumentasjon. I mine praksisperioder på sykehjem ble viktigheten av dokumentasjon kun fremhevet av avdelingsleder dersom en beboer hadde pårørende som kunne tenkes å klage. Det ble altså formidlet at dokumentasjonen i hovedsak hadde en funksjon for kontroll og ettersyn. Håkonsen et al. (2019) finner det samme i sin studie: *«først og fremst dokumenterer vi i pasientenes journal, slik at dersom noen kommer og sier: “Jeg har ikke fått den tjenesten”, da kan vi gå inn og se at noen faktisk har levert tjenesten¹»*. Med denne begrunnelsen for å dokumentere vil dokumentasjonen som regel ikke være hensiktsmessig for å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet, som er dokumentasjonens viktigste funksjon. Man får en kultur der man mener at pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet ivaretas gjennom at man kjenner pasienten, og uformelle informasjonskanaler. (Som diskutert i avsnitt 5.1 er ikke dette alltid tilfelle). Med en slik kultur vil dokumentasjon som ikke er begrunnet i ryggdekning i tilfelle klage, kontroll eller ettersyn, lettere bli sett på som unyttig og bortkastet tid. Sannsynligvis har man ikke på ulike ledelsesnivå i kommunehelsetjenesten tilstrekkelig tatt inn over seg at *«Å anskaffe et IKT-system er «enkelt» – å endre arbeidsformer, organisering og kultur for å realisere de potensielle gevinstene knyttet til IKT-systemet, er ikke like enkelt.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

¹«primarily we are documenting in the patients' healthcare record, so that if someone comes and say; "I have not had that service", then you can go in and see that someone in fact has delivered this service.»

5.3 Bruk av standardisering, kunnskaps- og beslutningsstøtte

5.3.1 Standardisering og veiledende planer

Standardterminologier/klassifikasjoner har vært lite benyttet i sykepleie i kommunehelsetjenesten, (NSFs faggruppe for e-helse, 2017). Mer bruk av standardisering og veiledende planer kan gi mer systematisk og bedre dokumentasjon av sykepleie i sykehjem. Uten klassifisering eller organisering av begreper åpnes det for misforståelser i samhandling internt og mellom behandlingsnivåer fordi innhold i begreper blir bestemt av den enkelte og/eller kulturen på arbeidsplassen Håkonsen et al. (2019) finner i sin studie om ernæring at kliniske beslutninger blir påvirket negativt av uklart språk og formuleringer. De finner at helsepersonell hadde ulik forståelse og bruk av kliniske begreper og at upresis bruk av språket ga utilstrekkelig informasjonsoverføring mellom ulike profesjoner i helsevesenet. Dette vil forsterkes dersom ikke alle sykepleiere har norsk som førstespråk (Johannesen & Hellesø, 2019). Der veiledende planer og standardisering har vært testet på sykehjem har erfaringene vært gode. Veiledende planer med ICNP ga kontinuitet, bedre kvalitet og pasientsikkerhet og var nyttig og effektivt, i tillegg til at det stimulerte til økt aktivitet i dokumentasjonen og satte fokus på forebyggende tiltak (Stensvold, Mølsted & Lyngstad, 2017). Kunnskapsbasert praksis innebærer at det brukes både forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap (Helsebiblioteket.no, u.å.). Håkonsen et al. (2019) finner i sin studie at informantenes kliniske beslutninger baserer seg kun på egne og kollegers erfaringer, og at praksisen dermed ikke kan sies å være kunnskapsbasert. En veiledende plan kan rette søkelys på kliniske retningslinjer og innhenting av pasientens erfaringer. Bruk av mer standardisert terminologi vil også være med å sikre at språket ikke er krenkende for pasienten og dermed sikre at dokumentasjonen er i henhold til de yrkesetiske retningslinjene sine punkter om å respektere pasientens integritet og valg (punkt 2.4 og 2.6, Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I praksis på sykehus opplevde jeg at kvaliteten på tiltaksplaner varierte også der, til tross for at veiledende planer var implementert. Vanlige innvendinger fra sykepleiere var at planene var for lange og ikke individualiserte, og det var til dels svært uensartet bruk av de veiledende planene. Dette reflekterte nok til dels manglende opplæring og fokus fra ledelsen.

Når det er utarbeidet gode veiledende planer, gjennomført god opplæring i bruk av disse og det er godt tilrettelagt for bruk av disse i EPJ-systemet, vil veiledende planer basert på ICNP sannsynligvis være et godt virkemiddel for bedre dokumentasjon på sykehjem.

5.3.2 Elektronisk kunnskaps- og beslutningsstøtte

Det som er antatt å være enda et steg videre mot bedre og mer systematisk behandling og dokumentasjon, er elektronisk beslutningsstøtte (EBS) der informasjon fra elektroniske kunnskapsdatabaser kombineres med individuelle pasientopplysninger for å gi støtte. I sin enkleste form er EBS godt kjent for alle sykepleiere gjennom at det bak blodprøvesvar er markert referansegrenser og at prøvesvar utenom det normale markeres med rødt (Helsedirektoratet, 2014). Beslutningsstøtte kan kvalitetssikre utredning, pleie og behandling på mange områder, også mer komplekse, men utviklingen på området går for sakte (Direktoratet for e-helse, u.å.-b). Elektronisk beslutningsstøtte er tatt i bruk av leger, for eksempel som støtte for allmennleger ved valg av medikamenter og skriving av e-resept (Legemiddelverket, 2017). Kunstig intelligens og bildeanalyse gir beslutningsstøtte for valg av kreftbehandling (Skrede et al., 2020). Sepsis-alarmer basert på data i EPJ kan minke dødeligheten på sykehus (Honeyford et al., 2019). Det finnes få studier om bruk av verktøy for beslutningsstøtte for sykepleiere på sykehjem, men Fossum, Alexander, Ehnfors og Ehrenberg (2011) gjennomførte en studie ved norske sykehjem i 2007-2009. De så på effekten av å gi spesifikk opplæring og av å implementere beslutningsstøtteverktøy for forebygging av trykksår og underernæring. De fant at gruppen som brukte EBS hadde en signifikant nedgang i andel underernærte beboere, men ellers ingen effekt. Den første artikkelen ble fulgt opp av en ny artikkel der de evaluerte kvaliteten av dokumentasjon innenfor de samme to områdene (Fossum et al., 2013). Gruppen som brukte EBS hadde signifikant bedring i dokumentasjon av evaluering av vekt og forebygging av underernæring. Her finner de altså både en bedring i dokumentasjon og i pasientens situasjon. Både undervisning og bruk av EBS ga bedre dokumentasjon av risiko og forekomst av trykksår, men bruk av EBS sammen med undervisning ga større positiv endring enn bare undervisning. På forekomst av trykksår fant man imidlertid ingen signifikant endring for beboerne. Siden intervensjonen kun ga bedring i dokumentasjon for trykksår og ikke bedring i beboerens status, kan det innvendes at bedringen i dokumentasjon ikke har nytte. Men som redegjort for i teorikapitlet så er god dokumentasjon en forutsetning for god pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet. En svakhet ved studien er i tillegg at forskerne ikke hadde kontroll på hvor utbredt bruken av EBS systemet var. I 2007-09 var dessuten ikke bruk av kliniske retningslinjer vanlig blant sykepleiere i Norge (Fossum et al., 2011), og man kan innvende at nytten av et EBS-system hadde vært mindre også for ernæring nå da fokus på kliniske

retningslinjer skal være større. På den andre siden fant Håkonsen et al. (2019) i sin nylige studie at oppmerksomhet rundt kliniske retningslinjer og andre kilder til kunnskapsbasert praksis var fraværende i det daglige arbeidet, kun egen og kollegers ekspertise ble benyttet, og dette påvirket kliniske beslutninger negativt. Dette er også min erfaring fra praksisperiodene på sykehjem. Man baserer seg i stor grad på egen kunnskap og eventuelt diskusjoner med kollegaer. VAR ble ikke brukt til tross for at VAR har integrasjonsløsning med alle elektronisk pasientjournalssystemer i Norge slik at sykepleiernes tiltak og journalføring kan kvalitetssikres (Rotegård & Fossum, 2019).

I kunnskapsbasert praksis skal pasientens erfaring være en av tre likeverdige kilder (Helsebiblioteket.no, u.å.). En innvending mot EBS er at det kan utvikles kulturer der pasienten blir mindre sett og hørt fordi helsepersonell følger alle forslag til beslutninger som systemet gir for å få høy etterlevelse av systemets anbefalinger (Helsedirektoratet, 2014). Dette vil være en utfordring både etisk og kvalitetsmessig. Som vist til i teorien er det diskutert om innføringen av ny helselovgivning med lovfestet dokumentasjonsplikt i 1999 (Helsepersonelloven, 1999) hadde en tilsvarende effekt, med en dreining fra etisk til juridisk begrunnelse for å dokumentere for pasientens beste, og at pasienten dermed ble sett med et registrerende blikk istedenfor et deltakende (Christensen, 2009). Hvis sykepleier ved bruk av EBS lar det registrerende blikket for observasjoner relevant for beslutningsstøtten dominere over det deltakende blikket som søker å forstå alle aspekter hos pasienten, vil pasienten kunne føle seg mindre sett.

Bruk av elektronisk kunnskapsstøtte og beslutningsstøtte har sannsynligvis et stort potensial for å bedre etterlevelse av kliniske retningslinjer og bidra til systematisk og god dokumentasjon, men må ikke gå på bekostning av å se pasienten. Elektronisk kunnskapsstøtte er tilgjengelig men ikke tilstrekkelig i bruk, mens EBS enda ikke er tilgjengelig for bruk i praksis på sykehjem.

6 Oppsummering

Gjennomgang i teorikapittelet og funnene i litteraturstudien viser at dokumentasjon av sykepleie i kommunehelsetjenesten i mange situasjoner ikke er systematisk nok og god nok. Selv om det er åpenbare svakheter i dagens journalløsninger, spesielt med tanke på samhandling, vil neppe alle utfordringer løses med den nye journalløsning Akson.

Oppgavens problemstilling var å finne ut hvorfor det er utfordrende å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem. Hovedutfordringen for å oppnå systematisk og god dokumentasjon av sykepleie i sykehjem ser ut til å være at den sirkulære tankegangen bak sykepleieprosessen ikke følges opp i dokumentasjon. Tiltaksplanen er nedprioritert og ikke av tilstrekkelig kvalitet, og da får man heller ikke fokus på å evaluere tiltakene i de daglige rapportene. Rapportene blir sporadiske og usystematiske, og oppleves som unyttige og bortkastet bruk av tid. Det blir dessuten vanskelig å finne den relevante informasjonen i alt det andre. Dette fører igjen til at det i stedet brukes uformell og muntlig informasjonsutveksling. Bakenforliggende årsaker til dette ligger både i at EPJ-systemene ikke er brukervennlige nok og tilgjengelige nok, men også i manglende opplæring og fokus fra ledelsen. De som har jobbet systematisk med å bedre dokumentasjon har fått til god dokumentasjon uten at dette tar mere tid. Man kan også stille spørsmål ved om opplæringen i bruk av EPJ i utdanningene har vært / er god nok.

Det er ikke kultur for bruk av tilgjengelig elektronisk kunnskapsstøtte som VAR på sykehjem. Mer bruk av støtte gjennom standardisering, veiledende planer og kunnskaps- og beslutningsstøtte kan bedre dokumentasjonen, men forutsetter at ledelsen på alle nivåer tar inn over seg at det kreves systematisk jobbing for å få realisert gevinster, det er liten nytte i å «bare» innføre nye IKT-systemer.

For det nye dokumentasjonssystemet, Akson, er 40 % av prosjektkostnadene satt av til innføring og opplæring (Direktoratet for e-helse, u.å.-a), men for at prosjektet skal bli vellykket må hver enkelt sykepleier i kommunehelsetjenesten være bevisst at de har det faglige ansvaret også for god dokumentasjon.

7 Referanseliste

- Aasen, S. E. (2020). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 12.03. 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Andersson, A., Frank, C., Willman, A. M., Sandman, P. O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e354-e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Blijleven, V., Koelemeijer, K., Wetzels, M. & Jaspers, M. (2017). Workarounds Emerging From Electronic Health Record System Usage: Consequences for Patient Safety, Effectiveness of Care, and Efficiency of Care. *JMIR Hum Factors*, 4(4), e27. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.7978>
- Christensen, B. (2009). Sykepleiernes yrkesetikk svekkes av jussen. *Sykepleien Fag*. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0034>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W. & Francke, A. L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1379-1393. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Direktoratet for e-helse. (2018a). *Terminologi for sykepleiepraksis Konseptutredning* (1028). Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis>
- Direktoratet for e-helse. (2018b). Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger én journal. Hentet 03.12. 2019 fra <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-realiseringsen-av-malbildet-en-innbyggeren-journal>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Felles språk i helse- og omsorgssektoren Målbilde versjon 1.0* (IE-1052). Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/felles-sprak-i-helse-og-omsorgssektoren-malbilde-versjon-1.0>
- Direktoratet for e-helse. (u.å.-a). Akson. Hentet 11.02. 2020 fra <https://ehelse.no/strategi/akson>
- Direktoratet for e-helse. (u.å.-b). *Plan for e-helse 2019–2022 Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022*. Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>

- Drummond, C. & Simpson, A. (2017). 'Who's actually gonna read this?' An evaluation of staff experiences of the value of information contained in written care plans in supporting care in three different dementia care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 377-386. <https://doi.org/10.1111/jpm.12380>
- Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg. (2015). *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2015-07-01-853). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2015-07-01-853>
- Fossum, M., Alexander, G. L., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2011). Effects of a computerized decision support system on pressure ulcers and malnutrition in nursing homes for the elderly. *International Journal of Medical Informatics*, 80(9), 607-617. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.06.009>
- Fossum, M., Ehnfors, M., Svensson, E., Hansen, L. M. & Ehrenberg, A. (2013). Effects of a computerized decision support system on care planning for pressure ulcers and malnutrition in nursing homes: An intervention study. *International Journal of Medical Informatics*, 82(10), 911-921. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.05.009>
- Gjertsen, H., Gjernes, T. & Solvoll, G. (2012). *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene*. (NF-rapport 12/2012). Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/tidsbruk-og-byrakrati-i-pleie-og-omsorgstjenestene-article268-152.html>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hellesø, R. & Olsen, R. M. (Red.). (2019). *Digitalisering i sykepleietjenesten : en arbeidshverdag i endring*. Oslo: NOASP, Nordic Open Access Scholarly Publishing Cappelen Damm akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 73-90). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Én innbygger – én journal* *Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (Meld. St. nr. 9 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)). Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket.no. (2016, 03.06.2016). Sjekklister. Hentet 02.12 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket.no. (u.å.). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2014). *Beslutningsstøtte. Definisjoner, status og forvaltning av ulike former for IKT-basert klinisk støtte.* Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014_v1%200%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014_v1%200%20(2).pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). *Årsrapport 2017 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.* Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/> /attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019-2023.* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/> /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Honeyford, K., Cooke, G. S., Kinderlerer, A., Williamson, E., Gilchrist, M., Holmes, A., ... Costelloe, C. (2019). Evaluating a digital sepsis alert in a London multisite hospital network: a natural experiment using electronic health record data. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(2), 274-283. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz186>

- Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*, 19(1), 642. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>
- Johannesen, L. M. & Hellesø, R. (2019). Første-og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring. *Sykepleien Forskning*, 14. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76342>
- Johannessen, L. B. (2018, 15.10.2018). Mer er ikke alltid bedre. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/10/aktuelt-i-foreningen/mer-er-ikke-alltid-bedre>
- Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(2), 27-32. <https://doi.org/10.1177/010740831403400206>
- Karlsen, R. & Johnsen, K. (2018). Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70135>
- Krøger, C. (2017, 23.02.2017). Tåka ligger fortsatt tykk. *Sykepleien Innspill*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/02/taka-ligger-fortsatt-tykk>
- Laugaland, K. A. & Aase, I. (2019, 12.07.2019). Utdanningene må ta sykepleie-dokumentasjonen alvorlig. *Dagens Medisin Debatt og Kronikk*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/12/07/utdanningene-ma-ta-sykepleie-dokumentasjonen-alvorlig/>
- Laukvik, L. B., Mølsted, K. & Fossum, M. (2017). Felles fagspråk i sykepleie-dokumentasjon. *Sykepleien Fag*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.61855>
- Legemiddelverket. (2017, 18.06.2019). Hvordan bruke FEST. Hentet 14.03. 2020 fra <https://legemiddelverket.no/andre-temaer/fest/hvordan-bruke-fest>
- Macieira, T. G. R., Chianca, T. C. M., Smith, M. B., Yao, Y., Bian, J., Wilkie, D. J., ... Keenan, G. M. (2019). Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing science and practice: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 26(11), 1401-1411. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz086>
- Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9. utg.). Oslo: Gyldendal.
- N-ICNP. (u.å.). Hentet 10.03. 2020 fra <https://icnp.uia.no/>

- Naustdal, A. & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-277.
- Norsk Pasientskadeerstatning. (2020, 13.01.2020). Årsak til svikt i behandling. Hentet 02.28. 2020 fra <https://www.npe.no/en/About-NPE/statistikk/statistikkoversikt/arsak-til-svikt-i-behandling/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 19.11 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). NSF anbefaler ICNP. Hentet 06.01. 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/155021/NSF-anbefaler-ICNP>
- NSD. (u.å.). REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER. Hentet 10.03. 2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSFs faggruppe for e-helse. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>
- Pfeiffer, R. (2002). Ansvarsforhold ved ledelse av sykepleiepraksis. I *Sykepleier og leder* (s. 4-11). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rotegård, A. K. & Fossum, M. (2019). Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 177-199). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- Rouleau, G., Gagnon, M.-P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E. & Dubois, C.-A. (2017). Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e122. <https://doi.org/10.2196/jmir.6686>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 2 : Grunnleggende behov* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Skrede, O.-J., De Raedt, S., Kleppe, A., Hveem, T. S., Liestøl, K., Maddison, J., ...
Danielsen, H. E. (2020). Deep learning for prediction of colorectal cancer outcome: a discovery and validation study. *The Lancet*, 395(10221), 350-360.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32998-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32998-8)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Steen, T. (2017, 5.10.2017). Sykepleiermangelen kan løses - kutt ned på notatene *Aftenposten debatt*. Hentet fra
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/8eAe1/sykepleiermangelen-kan-loeses-kutt-ned-paa-notatene-torkel-steen>
- Stensvold, U., Mølsted, K. L. & Lyngstad, M. (2017). *Prosjektrapport mai 2017: Utvikling og testing av veiledende planer ICNP®* Hentet fra
<https://www.sandefjord.kommune.no/globalassets/helse-sosial-og-omsorg/hso-dokumenter/utviklingscenter/pagaende-prosjekter/veiledende-planer/prosjektrapport-03.05.17.-godkjent.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W. & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578-583. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.007>
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- VAR Healthcare. (u.å.). Oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten. Hentet 06.01. 2020 fra <https://www.varhealthcare.no/>
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., ... Richard, S. (2014). Nursing Documentation in Long-Term Care Settings: New Empirical Evidence Demands Changes be Made. *Clinical Nursing Research*, 23(4), 442-461.
<https://doi.org/10.1177/1054773813475809>
- Wang, N., Yu, P. & Hailey, D. (2015). The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics*, 84(8), 561-569.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.04.004>

- Waziri, Z. (2017, 24.10.2017). Overlege mener sykepleiere fyller pasientjournaler med spam. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/10/overlege-mener-sykepleiere-fyller-pasientjournaler-med-spam>
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care—A web - like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2706-2716. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>

A. Vedlegg

A.1 PICO-Skjema

Tabell 4 PICO tabell for søk

P	I	C¹⁾	O
Patient	Intervention		Outcome
Hvem prøver vi å få vite noe om? (Pasientgruppe, diagnose, problem)	Hvilke tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å få vite noe om		Hvilke utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkter er vi interessert i
Beboere på sykehjem <ul style="list-style-type: none">• Long-term care• nursing homes• municipal health care	Dokumentasjon av sykepleier <ul style="list-style-type: none">• Documentation• Nursing documentation• Electronic health records		Utfordringer /erfaringer <ul style="list-style-type: none">• Quality• practice• Evaluate• Experience
Noter			
1) I min problemstilling ligger ingen sammenligning, jeg har f.eks. ikke vært interessert i å sammenligne utfordringer før og etter innføring av EPJ, og C-en er derfor tatt ut av PICO tabellen			

A.2 Endelig søkestreng

Endelig søkestreng hentet fra Search Details i PubMed.

```
((Quality[All Fields] OR "practice"[All Fields]) OR Evaluate[All Fields] OR Experience[All Fields]) AND ("2012/01/01"[PDAT] : "2020/12/31"[PDAT]))
```

AND

```
((("nursing records"[MeSH Terms] OR "Nursing Records"[All Fields]) OR ("documentation"[MeSH Terms] OR "documentation"[All Fields]) OR "documentation"[MeSH Terms])) OR ("electronic health records"[MeSH Terms] OR "electronic health record"[All Fields])) AND ("2012/01/01"[PDAT] : "2020/12/31"[PDAT]))
```

AND

```
((("municipal health care"[All Fields] OR ("nursing homes"[MeSH Terms] OR "Nursing homes"[All Fields])) OR ("long-term care"[MeSH Terms] OR "Long-term care"[All Fields])) AND ("2012/01/01"[PDAT] : "2020/12/31"[PDAT]))
```

AND (hasabstract[text]

AND ("2012/01/01"[PDAT] : "2020/12/31"[PDAT])

AND (Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang]))