

# Sykepleiedokumentasjon på sykehjem

Kandidatnummer: 324, 415

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8675

Dato:12.04.21



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 12.april 2021
<u>Tittel:</u> Sykepleiedokumentasjon på sykehjem	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke forutsetninger bør være til stede for at sykepleiedokumentasjonen ivaretar god kvalitet på helsehjelpen til pasienter på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget tar for seg to sentrale sykepleieteoretikere. Videre er det en redegjørelse av sykepleieprosessen, elektronisk pasientjournal og standardisering. Relevant lovverk og etiske føringer blir presentert. Det blir i tillegg redegjort for kvalitet på helsehjelp og pasientsikkerhet i sammenheng med dokumentasjon, og sykepleiers kompetanse og faglige ansvar.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave i tråd med LDH sine retningslinjer. Det har det blitt utført søk i databasen CINHAL med aktuelle søkeord og søk i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Det har også blitt anvendt relevant faglitteratur, lovverk og offentlige rapporter for å belyse tema og problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Fem hovedområder har blitt identifisert med utgangspunkt i funnene fra forskningsartiklene: 1) Økt kompetanse blant helsepersonell, 2) Struktur og innhold i EPJ, 3) Sykepleierens informasjonspraksis og holdninger, 4) Involvering av ledelsen og IKT, 5) Tid til dokumentasjon. Disse områdene diskuteres opp mot teori og egne erfaringer for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Systematisk opplæring og kompetanseheving i EPJ, bruk av standardisering og felles terminologi bidrar til mer struktur og innhold i EPJ. Ledelsen har et viktig ansvar å sørge for at dokumentasjon blir prioritert, og et tettere samarbeid med IKT kan gjøre at EPJ-systemene blir mer brukervennlige. Forutsetningene er tilsammen viktig for en god dokumentasjonspraksis og dermed kvalitet på helsehjelpen.</p>	

(Totalt antall ord: 236)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Problemstilling .....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Sentrale sykepleieteoretikere .....	4
2.2	Sykepleieprosessen som rammeverk for dokumentasjon .....	4
2.3	Elektronisk pasientjournal (EPJ).....	5
2.3.1	Standardisering i EPJ.....	5
2.4	Lovverk og etiske retningslinjer .....	6
2.4.1	Krav og plikt til sykepleieren og helsepersonellet sin dokumentasjon .....	6
2.4.2	Krav og plikt til virksomhetslederen .....	6
2.4.3	Pasientens rett til innsyn og informasjon .....	7
2.4.4	Etiske føringer for helsehjelpen som gis .....	7
2.6	Kvalitet på helsehjelp og pasientsikkerhet .....	7
2.7	Høyere sykepleiefaglig kompetanse og sykepleiers faglige ansvar.....	8
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven.....</b>	<b>10</b>
3.1	Litteratursøk .....	10
3.1.1	Valg av database og søkeord .....	10
3.1.2	Inklusjonskriterier .....	11
3.1.3	Kvalitativ og kvantitativ metode .....	12
3.1.4	Øvrig bakgrunns- og faglitteratur.....	13
3.2	Kildekritikk .....	13
3.2.1	Litteratursøk og inklusjonskriterier .....	13
3.2.2	Øvrig faglitteratur.....	14
3.3	Etiske vurderinger .....	14
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Økt kompetanse blant helsepersonell .....	18
5.2	Struktur og innhold i dokumentasjonen.....	20
5.3	Sykepleierens informasjonspraksis og holdninger .....	22
5.4	Involvering av ledelsen og IKT.....	25
5.5	Tid til dokumentasjon .....	27
<b>6</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>30</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven handler om sykepleiedokumentasjon på sykehjem. Sykepleiere har en lovpålagt plikt i følge Helsepersonelloven §39 (1999) til å dokumentere helsehjelpen som gis. Dokumentasjon er en forutsetning for pasientsikkerhet og kvalitet på helsehjelpen (Vabo, 2018, s.38). Sykepleiedokumentasjon har vært et tema i forskning over lengre tid, der det viser seg at dokumentasjonen har mangler i innhold, sammenheng og relevans (Johnsen et al., 2014, s. 27). Mangelfull dokumentasjonen kan føre til at helsehjelpen blir vanskelig å evaluere og etterprøve, samt at det truer pasientsikkerheten (Mølven, 2015, s. 350). I en granskning av avviksmeldinger i svenske sykehjem, ble det fastslått at ufullstendig og manglende dokumentasjon var en av de hyppigste, medvirkende faktorene til uønskede hendelser (Andersson et al., 2018 i Olsen & Wibe, 2019, s. 125). I 2017 var 949 av avviksmeldingene i spesialisthelsetjenesten i Norge knyttet til dokumentasjon. I 29 av hendelsene var det rapportert betydelig skade og i seks av tilfellene døde pasienten (Helsedirektoratet, 2018b). Et annet eksempel er fra kommunehelsetjenesten, der det i en tidsperiode på tre uker hadde blitt rapportert om et hovent kne hos en pasient med demenssykdom. Pasienten døde av blodforgiftning som følge av at dokumentasjonen ikke hadde blitt fulgt opp (Hofstad, 2011).

I dag skjer dokumentasjonen stort sett via elektroniske data. I følge OCED-rapporten Helse i det 21. århundre, er helse- og omsorgssektoren 10-15 år bak sammenlignet med andre bransjer i å utnytte potensialet i elektroniske data og digital teknologi (Prop. 65 L, 2019-2020, s.7). Regjeringen har våren 2020 lagt frem tre forslag til ny e-helselov der formålet er å bidra til effektive og trygge pasientforløp, og helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (Prop. 65 L, 2019-2020, s.23). I den innsatsen som nasjonale myndigheter legger ned i både digitalisering i helsesektoren og kvalitet i helsetjenestene, bør sykepleiedokumentasjonen etter vår mening ha en sentral plass. Som sykepleiestudenter på sykehjem, har vi selv erfart at dokumentasjonen har lite struktur og relevans, og at tiltaksplaner ikke er oppdaterte. Vi har også opplevd at disse manglene har ført til at helsehjelpen ikke blir utført eller fulgt opp i tråd med §4 i Helsepersonelloven (1999), om krav til forsvarlig omsorgsfull helsehjelp. Samtidig har vi erfart lite kultur for å sette av nok tid til dokumentasjon. Formålet med oppgaven er derfor å

se hvilke forutsetninger som kan bidra til en bedre dokumentasjonspraksis på sykehjem og som vil være relevant for fremtidens sykepleiere.

## **1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans**

Sykepleier skal dokumentere planlagt og utført helsehjelp, og i henhold til sitt ansvars- og funksjonsområde. Sykepleiers funksjon er mangfoldig både når rollen utøves selvstendig eller i samarbeid med andre yrkesgrupper. Sykepleier er leder for sykepleie i faglig og juridisk forstand (Pfeiffer, 2002, s. 5). Sykehjemmet er et faglig utfordrende sted der sykepleiers brede kompetanse kan brukes i møte med behandling og omsorg av skrøpelige pasienter (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 267). På sykehjemmet har sykepleiere ansvar for den samlede tjenesten. Det vil si at sykepleier har ansvar for den direkte pleien til pasienten, møtet med pårørende og dokumentasjon av sykepleien. Sykepleierne har også ansvar for å lede pleieteamet, for fagutvikling og kvalitetsarbeid (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.275). I dette ligger et ansvar å sørge for at helsehjelpen dokumenteres av sine medarbeidere og at den er av god kvalitet (Pfeiffer, 2002, s.10).

## **1.3 Avgrensning**

Det finnes en rekke systemer for journalføring av helsehjelp. Ordet journal brukes i sammenheng med legers, sykepleieres og øvrig helsepersonells dokumentasjonsverktøy (Lindholm, 2007, s.117). Vi avgrensner oppgaven til å gjelde dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ), og utelater mangfoldet av EPJ-systemer som monitorerer dokumentasjonen (Vabo, 2018, s.120). Sykepleiedokumentasjon vil i denne oppgaven gjelde tiltaksplaner og rapport i fritekst. Pasientjournal er også et begrep som blir benyttet i forbindelse med hva som dokumenteres om pasienten i EPJ. Vi har valgt å fokusere på sykepleiedokumentasjon til langtidsboende pasienter på sykehjem. Denne pasientgruppen er sårbar for mangelfull dokumentasjon grunnet funksjonssvikt og komorbiditet (Johnsen et al, 2014, s. 27).

## **1.4 Problemstilling**

Kvalitet på helsehjelp avhenger av kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. På bakgrunn av valgt tema og våre avgrensninger har vi valgt følgende problemstilling:

*Hvilke forutsetninger bør være til stede for at sykepleiedokumentasjonen ivaretar kvalitet på helsehjelpen til pasienter på sykehjem?*

## **1.5 Begrepsavklaring**

**Forutsetninger:** Med forutsetninger mener vi hvilke faktorer som skal bidra til bedre sykepleiedokumentasjon med utgangspunkt i faglitteratur og forskning.

**Sykepleiedokumentasjon:** Sykepleiedokumentasjon skal beskrive sykepleie til den enkelte pasient, og gjenspeile observasjoner, vurderinger og handlinger innen pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov. Det er et målrettet arbeidsdokument som skal være nøyaktig, presist og relevant (Hellesø & Sogstad, 2019, s. 74). Dokumentasjonen skal bidra til kontinuitet, systematisk planlegging og gjennomføring av sykepleien (Heggdal, 2006, s.60).

**Kvalitet på helsehjelp:** Helsehjelp er «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende, eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell» (Helsepersonelloven, 1999). Helsehjelpen er av god kvalitet når den er virkningsfull, trygg og sikker, involverer brukerne, er samordnet, preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelig og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017).

**Pasienter på sykehjem:** Pasientene har en gjennomsnittsalder på 84 år ved førstegangs innskriving på sykehjem, de har omfattende helsesvikt, redusert funksjonsnivå, er multisyke og mange har en demenssykdom (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Multisyke eldre har flere sykdommer samtidig, har økt risiko for bivirkninger fordi de behandles med flere legemidler, har økt risiko for akutt sykdomsforverring og økt dødelighet (Ranhoff, 2020, s.59). Helsesituasjonen gjør at de har store behov for bistand til egenomsorg (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264).

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Sentrale sykepleieteoretikere**

Pioneren innen sykepleiefaget, Florence Nightingale (1820-1910), var en sentral person for utvikling av sykepleiedokumentasjon (Vabo, 2018, s.17) og fokuset på kvalitet i sykepleien (Kirkevold, 2016, s.268). Som sykepleier så hun viktigheten av å observere og dokumentere det arbeidet som ble gjort. Nightingale sitt systematiske informasjonsarbeid under Krimkrigen, bidro til å redusere dødelighet blant britiske soldater fordi hennes dokumentasjonen synliggjorde sykepleien som ble gitt (Rotegård et al., 2015, s.244). Diakonissen Rikke Nissen (1834-1892) omtalte også viktigheten av dokumentasjonsarbeid i hennes lærebok i sykepleie fra 1877. Dokumentasjonsarbeidet ble kalt «sygeberetningene» og hun påpekte at «nøyaktig observasjon og konkret overlevering av fakta er vesentlig for kvalitet på den sykepleien som er gitt» (Vabo, 2018, s.19).

### **2.2 Sykepleieprosessen som rammeverk for dokumentasjon**

Sykepleieprosessen ble innført som metode i Norge på 1960-tallet, og har påvirket planlegging av sykepleie og hvordan dokumentasjonen føres (Rotegård et al., 2015, s.245). Hensikten med prosessen var å få mer fokus på pasientens opplevelse av sin sykdom og dens konsekvenser, fremfor medisinske diagnoser og oppgavesentrert sykepleie (Heggdal, 2006, s. 65). Prosessen er en problemløsningsmodell for hvordan sykepleier møter pasienters utfordringer. Det innebærer å innhente informasjon om pasienten som brukes til å planlegge, analysere og gjennomføre sykepleie (Rotegård et al., 2015, s. 244). Den deles inn i fem faser: 1) datainnsamling, 2) diagnostisering og problemformulering, 3) planlegging, formulering av mål, 4) implementering, iverksetting av tiltak og 5) evaluering (Rotegård et al, 2015, 246). Prosessen er dynamisk og systematisk. Det vil si at den er i kontinuerlig bevegelse på bakgrunn av at pasientens behov endrer seg over tid og sykepleier kan gå «frem og tilbake» mellom fasene (Heggdal, 2006, s.68). Prosessen inndeler sykepleien systematisk i de ulike fasene, som gir struktur på informasjonsinnhenting og sykepleiedokumentasjonen (Heggdal, 2006, 68; Tuinman et al, 2017, s. 578).

Sykepleieprosessen har blitt kritisert for å virke lineær og teknisk, at den må følge en logisk rekkefølge, framfor at den er dynamisk (Heggdal, 2006, s. 67; Ehnfors et al, 2015, s. 18). Den har blitt omtalt som å ikke ha det mellommenneskelige aspektet, da fokuset i prosessen er de målbare dataene og problembasert dokumentasjon av sykepleie (Rotegård et al., 2015, s.245).

## **2.3 Elektronisk pasientjournal (EPJ)**

De siste 10-15 årene har EPJ blitt en sentral del av sykepleiedokumentasjonen (Vabo, 2018, s. 29). EPJ defineres som «en elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp» (Hellesø, 2015, s. 226). EPJ er helsepersonellens viktigste arbeidsverktøy og helsehjelpen dokumenteres i dette systemet (Regjeringen, 2016). I dag har alle kommuner i Norge innført EPJ, og nye krav til dokumentasjon har gitt helsepersonell rett på opplæring i systemene. EPJ er blitt utviklet med moduler for hvor sykepleier skal føre journal for å ivareta fagspesifikke behov og for hvor andre helsepersonell skal føre journal (Hellesø, 2015, s.227). Det bør avklares mellom de ulike helsepersonellgruppene hvem som dokumenterer hva for å unngå uklarheter rundt sykepleiefaglige, medisinske og andre yrkesgruppers vurderinger i helsehjelpen til pasientene (Hellesø, 2015, s.2011). EPJ sin funksjonalitet og brukervennlighet må være optimal for at helsepersonell kan innfri krav til dokumentasjon og meldingsutveksling (Vabo, 2018, s.117). Det er nødvendig med et godt samarbeid mellom både de som utvikler EPJ-systemene og helsepersonellet som bruker systemene (Hellesø, 2015, s.227).

### **2.3.1 Standardisering i EPJ**

God dokumentasjon krever bruk av relevante innholdskategorier og at informasjonen formidles på en passende og korrekt måte (Johannesen & Ryen, 2019, s.45). Standardisering innebærer hvor ulik informasjon skal føres ned, altså strukturen i innholdet, og det handler om å standardisere og klassifisere begreper for innholdet i dokumentasjonen som føres (Hellesø, 2015, s.238). Det finnes standardiserte begreper i EPJ for sykepleiediagnoser, tiltak og resultater (Hellesø, 2015, s.238). I flere tiår har klassifikasjonssystemer vært utviklet i sykepleiefaget, og det har vært diskutert hvordan implementering av et nasjonalt standardisert språk skal gjennomføres (Vabo, 2018, s. 31 & s. 163). Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger- én journal» har en klar visjon om ytterligere standardisering i dokumentasjonsarbeidet, og at IKT-systemene benytter samme standardiserte løsninger for å få tilgang til informasjon og dele informasjon (Andreassen, 2019, s. 21). Blant målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgsfeltet, er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022, skal følge opp målene for e-helseutviklingen som er nevnt i stortingsmeldingen, der det er stadfestet at det i sykepleien skal være et kodeverk for problembeskrivelse, tiltak og resultat (Meld. St. 9 (2012-2013) s.10).



Direktoratet for e-helse anbefaler i sin rapport «Terminologi for sykepleiepraksis», klassifikasjonssystemene ICNP og SNOMED for sykepleiedokumentasjon (2018, s.7). Denne anbefalingen er støttet av Norsk Sykepleierforbund. I standardiseringsprosessen er strukturering av journalene et viktig moment, der det forsøkes å endre dokumentasjon i fritekst og gå over til forhåndsdefinerte kategorier (Norsk Sykepleierforbund (NSF), u.å). I følge World Health Organization (u.å) er hensikten med ICNP å få frem sykepleierens tiltak og effekten av tiltakene, uavhengig av hvor sykepleien utøves i helsetjenesten. Felles terminologi og kodeverk i helsetjenesten kan bidra til å spore og søke pasientinformasjon, innhente data til kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, og til forskning og fagutvikling (NSF, u.å).

## **2.4 Lovverk og etiske retningslinjer**

### **2.4.1 Krav og plikt til sykepleieren og helsepersonellet sin dokumentasjon**

Sykepleiere er pliktig til å utøve forsvarlig sykepleie og utføre yrket i tråd med juridiske, faglige og etiske krav i henhold til Helsepersonelloven (1999) og Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2019). Dokumentasjon av sykepleie er regulert i Helsepersonelloven (1999) kapittel 8, fra §39 til §47 om blant annet plikt til å føre journal, krav til innhold og plikt til å gi pasienter innsyn. I Pasientjournalforskriften (2019) §4, er plikten til å føre journal ytterligere presisert og at innholdet skal ta for seg pasientens behov for helsehjelp. Det fastslåes at sykepleiernes dokumentasjon i EPJ er et juridisk dokument som reguleres av juridiske rammer. Videre er et av målene med forskriften at helsehjelpen som gis er av god kvalitet (Kommunens Sentralforbund, 2019). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sier at pasientjournalen skal føres i tråd med god yrkesskikk (NSF, 2019).

### **2.4.2 Krav og plikt til virksomhetslederen**

I Helsepersonelloven (1999) §16 er det krav til at virksomhetsledere tilrettelegger for at helsepersonellet kan gi forsvarlig helsehjelp. Dette adresserer også at det ikke kun er den enkelte sykepleier som har plikter, men også arbeidsgiver, slik at arbeidsplassen er organisert på en måte som gjør at sykepleiere og helsepersonell kan gi helsehjelp i tråd med juridiske bestemmelser (Helsedirektoratet, 2018a).

### **2.4.3 Pasientens rett til innsyn og informasjon**

Pasienten har rett til innsyn i pasientjournalen i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 5-1, første ledd. Helsepersonell er på sin side pliktig til å gi pasienter innsyn i journalen i henhold til Helsepersonelloven (1999) § 41. Dette understreker at journalen tilhører pasienten, og pasienten har rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 og Pasientjournalforskriftens (2019) § 1b. Det er fokus på at journalføringen i større grad skal involvere pasientene. Slagordet til helseminister Bent Høie, «pasientens helsetjeneste», understreker pasientenes rett til medvirkning (Andreassen, 2019, s.17). Pasientperspektiv har vært en mangel i sykepleiedokumentasjonen, og pasientmedvirkning skal ha mer fokus i tiden fremover (Johannesen & Ryen, 2019, s. 43; Hellesø & Sogstad, 2019, s. 84).

### **2.4.4 Etiske føringer for helsehjelpen som gis**

Sykepleier skal i yrkesutøvelsen være etisk bevisst og er forpliktet til å følge etiske prinsipper som velgjørenhet, ikke skade, autonomi og selvbestemmelse (Nortvedt, 2016, s.24). For å ivareta disse prinsippene, er det et stort krav til at sykepleier har nok kunnskap og innsikt i pasientens helsetilstand (Nortvedt, 2016, s.27). Pasientens integritet og verdighet er sentrale begreper som er viktig å ivareta i sykepleiedokumentasjonen. Dette handler om hvordan sykepleiere formulerer seg når de dokumenterer. Sykepleiere samler store mengder data om pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det kan utfordre hva sykepleier velger å inkludere i dokumentasjonsprosessen og hvordan respekt for pasienten blir ivare tatt (Heggdal, 2006, s. 75).

## **2.6 Kvalitet på helsehjelp og pasientsikkerhet**

Kvalitet på helsehjelp vil si at tjenestene skal være trygge og sikre. Helsetjenestene skal være virkningsfulle som vil si at målsettingen med tjenestetilbudet må oppnås. De må utnytte ressurser på en god måte og jobbe for å etablere tilstrekkelig kompetanse, kunnskapsbaserte prosedyrer og god praksis. Tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet som ikke skal utøve kvalitetsforskjell mellom avdelinger eller institusjoner. Tjenestetilbudet skal være tilgjengelig og rettferdig fordelt slik at alle får samme tilbud med samme innhold og kvalitet. Helsehjelpen er også av god kvalitet når den involverer brukerne ved å at de får delta i planleggingen av behandlingen og blir hørt når de motsetter seg et tilbud (Flovik & Rokseth, 2015, s. 275-277). Pasientsikkerhet er en viktig del av kvalitetsbegrepet. Det handler om at pasienter ikke utsettes for unødig skade som følge av behandling. I hvilken grad rutiner,

holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser, sier noe om graden av pasientsikkerhet (Flovik & Rokseth, 2015, s. 277).

En fullstendig dokumentasjon av sykepleie er blant de viktigste verktøyene for å sikre kvalitet på helsehjelpen, og kunne yte god og personsentrert sykepleie (Pfeiffer, 2002, s. 203; Hellesø & Sogstad, 2019, s. 76). I dokumentasjonen skal det synliggjøres at grunnleggende behov ivaretas, som er avgjørende for at helsehjelpen er forsvarlig i følge helsepersonelloven § 4 (Vabo, 2018, s.38). Dokumentasjonen skal sikre kontinuitet og gi mulighet for å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid (Olsen & Wibe, 2019, s. 113 og 115). Manglende skriftlig informasjon er det samme som at informasjonen er oversett eller ignorert (Johannesen & Ryen, 2019, s.43). Pasientsikkerhet og kvalitet på helsehjelp forutsetter at beslutninger om behandling og forebygging baseres på forskningsbasert kunnskap (Flovik & Rokseth, 2015, s. 279). I et kvalitetssystem er skriftlige prosedyrer viktig for å kunne nå målet om forsvarlige helsetjenester (Kirkevold, 2016, s.281). VAR Healthcare er et støttesystem som kan integreres i EPJ med praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (Vabo, 2018, s.172). Prosedyrene er kunnskaps- og forskningsbaserte, og systemet brukes i en rekke kommuner, sykehus og i sykepleierutdanningen. VAR Healthcare er en styrke for sykepleiepraksisen og dokumentasjon fordi prosedyrene er kvalitetssikret og oppdateres i tråd med forskning og kunnskap (Vabo, 2018, s.173).

## **2.7 Høyere sykepleiefaglig kompetanse og sykepleiers faglige ansvar**

Sykepleiere jobber innenfor hektiske rammer med stadige endringer i organisering, flere arbeidsoppgaver og krav til effektivisering (Ingstad, 2010, s.14; Nydal et al., 2016, s.68). Mange av de nye kravene skal utføres innenfor den samme tidsrammen uten at det settes av mer tid (Nydal et al., 2016, s.68). Det stilles også krav til høyere kompetanse blant helsepersonell, og sykepleiefagligkompetanse er avgjørende for kvalitet på helsehjelpen til pasienter på sykehjem. I følge NOVA-rapporten 14/20, er det økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjem og hjemmesykepleie, og at denne mangelen går utover kvaliteten på tjenestene (Gautun, 2020). I stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet», trekkes det frem at høyere helsefaglig kompetanse er viktig i møte med pasienter som har større og komplekse behov. Helsesektoren må rekruttere flere sykepleiere og ufaglærte må få tilstrekkelig opplæring (Meld. St. 26 (2014-2015) s.20). I

2017 var 25% av bemanningen i kommunale helse- og omsorgstjenester gitt av ufaglært personell (Flodgren et al, 2017, s. 5).

Sykepleieren blir ofte omtalt som mellomleddet mellom avdelingslederen og de andre i pleieteamet (Pfeiffer, 2002, s.10). Sykepleieren har et faglig og personlig ansvar for egne handlinger i tråd med yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019). Fagsykepleiere har en viktig rolle i å undervise og veilede nyansatte og følge opp fagutviklingen på avdelingsnivå (Heggdal, 2006, s. 177). På bakgrunn av sykepleiers faglige lederansvar, må sykepleier også kvalitetssikre den helsehjelpen som gis av andre helsepersonell og dokumentasjonen som føres (Pfeiffer, 2002, s.7).

### 3 Metode for oppgaven

Denne oppgaven er en litterær oppgave hvor data hentes fra allerede eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017, s.207). Litterær metode for bacheloroppgaven er i tråd med LDH sine retningslinjer, og denne metoden er forhåndsvalgt fra skolen.

#### 3.1 Litteratursøk

##### 3.1.1 Valg av database og søkeord

Det ble gjennomført fire søk totalt. Blant databasene har vi blant annet brukt Cinahl, da det er en internasjonal database som dekker tidsskrifter om sykepleie. Vi kjenner Cinahl godt fra tidligere arbeid med skoleoppgaver. Cinahl er oppdatert, og det er mulig å indeksere søk som kan sikre relevante treff. SveMed+ er en referansedatabase for nordiske tidsskrifter innen medisin og helsefag, og ble brukt i hovedsak for å finne engelske MeSH-termer som ble anvendt i Cinahl. Vi gjorde også søk i arkivet til Sykepleien Forskning for å finne forskningsartikler, da det er et anerkjent norsk tidsskrift innen sykepleieforskning. Blant databasene ble også PubMed benyttet, men det gav oss ikke ytterligere relevante artikler. Disse søkene er derfor ikke beskrevet nærmere i oppgaven.

Det første og fjerde søket ble gjort i arkivet til Sykepleien Forskning med søkeordet «dokumentasjon». I det andre søket ble Cinahl brukt med søkeordene «documentation» AND «nursing role» AND «quality improvement». Det ble søkt med AND fordi vi ønsket artikler som omhandlet alle søkeordene. Begrunnelsen for at «nursing role» ble brukt, er at vi i starten ønsket å se på sykepleiers rolle for å gjøre dokumentasjonen bedre. Vi brukte også Cinahl i tredje søket, og det ble gjort med kombinasjonene «documentation» som «keyword» AND «nursing home». Vi søkte med «keyword» fordi vi ønsket at «documentation» skulle være en del av overskriften i artikkelen, og dermed enklere å finne relevante artikler. Dette søket ga 164 treff. Til tross for at dette gav et stort utvalg artikler, opplevde vi det ikke som vanskelig å velge ut to av artiklene basert på inklusjonskriteriene (Tabell 2). Tabell 1 viser en oversikt over søkehistorikken med søkedato, databasene, søkeord og kombinasjoner, antall treff og valgte artikler.

Tabell 1: Søkehistorikk

Søkedato	Søk Nr	Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Valgte artikler
----------	--------	----------	--------------------------	--------------	------------------	----------------	-----------------

02.12.20 2	1	Sykepleien Forskning	1.Dokumentasjon	94	10	4	Naustdal, A.-G. Netteland, G. (2012)  <i>Sykepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv</i>
05.12.20 20	2	Cinahl	1.Documentation 2. Nursing role 3. 1 AND 2 4. Quality improvement 5. 3 AND 4	28	3	1	Østensen E., Bragstad L.K, Hardiker N.R, Hellesø R., (2019)  <i>Nurses´ information practice in municipal health care – A web-like landscape</i>
05.01.20 21	3	Cinahl	1. Documentation 2. Nursing home 3. 1 AND 2	164	8	4	Shiells, K., Baquero, A., A., D., Štěpánková, O & Holmerová, I. (2020)  <i>Staff perspectives on the usability of electronic records for planting and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study</i>  Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U, Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019)  <i>Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self- perceived views of the primary care workforce</i>
30.01.20 21	4	Sykepleien Forskning	1. Dokumentasjon	47	3	1	Heimro, L.S. & Haugstvedt, A. (2015)  <i>Dokumentasjon og oppfølging av bebuarer med diabetes i sjukeheim</i>

### 3.1.2 Inklusjonskriterier

I starten av søkeperioden var et kriterie at artikkelens publikasjonsår var fra 2010 til 2020, da vi ønsket bredere treff. For å få nyere forskning, ble årstallet endret til 2015 til 2020. Videre avgrenset vi søket til engelsk og skandinavisk språk på bakgrunn av at disse språkene er forståelige for oss. I det første søket fikk vi totalt 94 treff. Videre leste vi 10 sammendrag på bakgrunn av at tittelen inneholdt dokumentasjon. For å lese gjennom hele artikler, hadde vi som kriterier at sammendraget skulle være etter IMRAD- struktur, som viser til artiklenes oppbygning (Dalland, 2017, s.163), og skulle omhandle valgte søkeord. Bakgrunnen for

valgte artikler var at studiene skulle være gjennomført på sykehjem med sykepleiere, omhandle dokumentasjon og ha funn vi kunne diskutere opp mot vår problemstilling. Denne fremgangsmåten ble brukt gjennom alle fire søk. Vi inkluderte artikler hvor studien også var gjennomført i hjemmesykepleie og sykehus, samt omhandlet øvrige helsepersonell på sykehjem. Dette fordi studier som er gjort om dokumentasjon, ofte er utført på flere forvaltningsnivå og med ulike yrkesgrupper. Det kan også gi oss flere perspektiver som er relevant til sykehjem og sykepleiere. Tabell 2 viser oversikt over inklusjonskriterier med begrunnelse for hver av dem.

*Tabell 2: Inklusjonskriterier*

Inklusjonskriterier	Begrunnelse
<b>Innledende søk</b> Årstall: 2010-2020	For å få relevante og oppdaterte funn på bakgrunn av at det skjer endringer i utvikling av journalsystemene
<b>Senere søk</b> Årstall: 2015-2020	
<b>Språk:</b> Engelsk, Dansk, Norsk, Svensk	Språkene vi kjenner til og som er mulig å kunne lese og få innsikt i.
<b>Utvalget i datainnsamlingen:</b> Sykepleiere, eller sykepleiere og annet helsepersonell	Sykepleiefaglig perspektiv for å kunne besvare problemstillingen og fordi det styrker sykepleiefaglig relevans
<b>Kontekst:</b> Sykehjem, eller sykehjem og hjemmesykepleie	Sykehjem er konteksten for oppgaven og problemstillingen, og det er i dette området vi ønsker forskning som kan belyse ulike sider av dokumentasjon.
<b>Tema:</b> dokumentasjon på sykehjem, eller kommunehelsetjeneste	Dokumentasjon er temaet for oppgaven.
<b>Artiklene er Peer Reviewed / Fagfelleurdert</b>	For å kunne stole på funnene og forskningen som er utført.
<b>Type artikkel:</b> Research Article/Forskningsartikkel	Kvalitetssikre at det er forskningsartikkel ved å se etter IMRAD-struktur.

### 3.1.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

Artiklene vi har valgt, har benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode skal fange opp informantenes mening eller opplevelser som ikke kan la seg tallfeste, og benyttes når det er ønskelig med dybdeforståelse av et fenomen (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitativ metode gir data som er målbare og dataene analyseres ved hjelp av statistiske metoder (Dalland, 2017, s.52). En av artiklene har benyttet kvantitativ metode og klinisk audit. Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode hvor målet er å forbedre helsetilbudet (Helsebiblioteket, 2016).

### **3.1.4 Øvrig bakgrunns- og faglitteratur**

Faglitteraturen er valgt med bakgrunn i sentrale forskere og forfattere innenfor temaet dokumentasjon og kvalitet i helsehjelp. Vabo (2018) sin bok «Dokumentasjon i sykepleiepraksis» er den mest sentrale faglitteraturen for å belyse teoretiske tilnærminger. Boken berører interessante temaer om hvordan dokumentere helsehjelp, formelle og juridiske krav til dokumentasjon og standardisering. Hellesø og Olsen (red.) (2019) sin fagfelleverderte antologi, «Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring», setter fokus på ulike aspekter som påvirker sykepleietjenestens dokumentasjonsarbeid. Vi har brukt enkelte kapitler i Grov og Holter (red) (2015) «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» for å belyse om kvalitet i helsetjenesten, sykepleieprosessen og EPJ. Fagboken «Sykepleiedokumentasjon» av Heggdal (2006) er benyttet, da hun belyser relevante områder innen dokumentasjon.

Vi har brukt Lovdata for å gjengi aktuelle juridiske føringer. På nettsiden til Helsedirektoratet har vi brukt offentlige rapporter, og for å lese forklaringer av relevante juridiske føringer. Vi har også benyttet stortingsmeldinger som omhandler kommunehelsetjeneste og digitalisering, samt fagartikler fra Sykepleien som belyser tema.

## **3.2 Kildekritikk**

Kildekritikken har to sider der den ene belyser litteratursøkene med inklusjonskriteriene, og den andre siden belyser den valgte øvrige faglitteraturen (Dalland, 2017, s.153).

### **3.2.1 Litteratursøk og inklusjonskriterier**

Forskningsartiklene er vurdert med utgangspunkt i artiklens tittel, forfattere, hensikt, metode, utvalget med antall informanter og forskningsresultater (Dalland, 2017, s.212). På bakgrunn av at søkene gav mange treff, kunne vi vurdert andre søkeord og kombinasjoner for å spisse søket ytterligere. Valgte søkeord kan ha påvirket hvilke artikler vi valgte å inkludere og dermed kan annen relevant forskning ha blitt utelatt. Treffene kunne fremstå som noe uoversiktlig, men vi vurderte det som et godt utgangspunkt for å kunne velge relevante artikler til vår problemstilling. Det kan være en svakhet at vi har gjort søk direkte i Sykepleien Forskning, da det kun er mulig å indeksere søkene med årstall, type artikkel og fagfelt. Sykepleien Forskning er ikke en database, men en fagfelleverderte tidsskrift. Selv om vi endret tidsperioden å gjelde fra år 2015-2020, valgte vi likevel å inkludere en studie fra år 2012, men vi må ta høyde for at det kan ha skjedd enkelte forandringer siden forskningen ble



gjennomført. En av artiklene er fra Spania, Belgia og Tsjekia. Det kan være forskjeller i hvordan helsevesenet er organisert i disse landene sammenlignet med den norske organiseringen. Det kan også være en svakhet å inkludere forskning både med kvalitativ metode og kvantitativ metode, fordi funnene nødvendigvis ikke kan sammenlignes på bakgrunn av at metodene for innhenting av data er forskjellig.

### **3.2.2 Øvrig faglitteratur**

Blant fagbøkene har vi forsøkt å ha de nyeste utgivelsene for å sikre oppdatert og faglig innhold som er aktuelt for tiden vi skriver i. Derfor kan Heggdal (2006) være noe utdatert innholdsmessig, men vi har valgt momenter fra boken som fortsatt er gjeldende i dagens praksis når vi setter det opp mot nyere litteratur. Søket etter fagbøker ble kun gjort i skolens biblioteksystem Oria, og det kan være en mulighet at annen relevant litteratur har blitt utelatt.

### **3.3 Etiske vurderinger**

Det er tatt etiske vurderinger underveis i utvelgelsen av både artikler og faglitteratur. Vi har kontrollert at artiklene har inkludert etiske vurderinger, og begrunner faglig for forskningsmetoden og eventuelle interessekonflikter. I de tilfellene artikkelen ikke har hatt gjennomgang i en etisk komite, er dette begrunnet og redegjort for de retningslinjer som er fulgt. Vi har brukt erfaringer fra praksisstudier på sykehjem som inspirasjon til temaet for oppgaven, men navngir hverken personer eller institusjon i oppgaven.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

De fem studiene vi har valgt å inkludere i denne oppgaven, har flere relevante funn knyttet til vår problemstilling. Resultatene til Heimro og Haugstvedt (2015) viser til at pasientjournalene til beboere på sykehjem med diabetes mangler diagnoser, behandlingsmål og individuell rutiner. I studiene til Naustdal og Netteland (2012) og Shiells et al. (2020), fremkommer det at sykepleiedokumentasjonen har lite fastlagt struktur og standardisering, tar i liten grad bruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen og har behov for støtte fra ledelse og IKT i forbedringsarbeidet. Østensen et al. (2019) påpeker at sykepleiers informasjonspraksis er kompleks og at sykepleiere har lokale rutiner med kompenserende løsninger for hvordan helsehjelpen og dokumentasjonspraksisen blir gjennomført. Resultatene i studien til Håkonsen et al. (2019), viser også til at støtte fra ledelsen er viktig, samt systematisk opplæring av ansatte er essensielt for å få til en bedre dokumentasjonspraksis. Mangel på tid, kunnskap, avdelingskultur og positive holdninger, er også faktorer som påvirker dokumentasjonsarbeidet (Håkonsen et al, 2019; Naustdal & Netteland, 2012). I tabell 3 er artiklene presentert mer detaljert og hver for seg i en artikkelmatrise.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Resultater
1	Naustdal, A.-G. Netteland, G. (2012)	Sykepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv	Sykepleien Forskning	Utforske hvordan sykepleierne sin dokumentasjons praksis i sykehus og kommunehelsetjenesten utfordrer en elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå.	Studien er designet som en kase studie der data er samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervju med sykepleiere og sykepleieledere i klinisk praksis på sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus.	<u>Struktur, prosess og innhold:</u> Dokumenterer ustrukturert fortellende tekst, selv om standardisert gir bedre struktur og innhold. Lite tradisjon for bruk av preformulerte oversikter. Fasene i sykepleieprosessen blir lite brukt. Gikk tid mellom utførelse og dokumentasjon. Utstyr som bærbar PC, PDA ble lite brukt. Viktig at sykepleiestudenter kommer med ny kunnskap til avdelingene. Ledere må gi støtte, og støttestruktur for IKT. <u>Potensielle konsekvenser</u> Uoversiktlig og vanskelig å få tak i pasientopplysninger. Viktig informasjon kan bli glemt
2	Østensen, E., Bragstad,	Nurses' information practice in	Journal of	Avdekke karakteristikk ved sykepleiers arbeid med	Empirisk data ble samlet inn fra tre norske kommuner	<u>Nett av informasjonskanaler:</u> Mange informasjonskanaler som muntlig, elektronisk,

	L.K, Hardiker, N.R, Hellesø, R. (2019)	municipal health care – A web-like landscape	clinical Nursing	informasjon i kommunehelsetjenesten og å adressere hvordan, når og hvorfor ulik informasjon er produsert, delt og håndtert.	gjennom deltakerobservasjon og individuelle intervjuer med 17 sykepleier som jobber regelmessig dagvakter. Dataene ble analysert gjennom tematisk innholdsanalyse.	papirbasert og informasjonslapper. Mener bedre sykepleiedokumentasjon ikke nødvendigvis fører til bedre pasientbehandling. <u>Kjenner pasienten og overflødig informasjon:</u> Lite tid til å lese før vaktstart. Leser tiltaksplan for sjeldent. <u>Asynkron informasjonspraksis:</u> Følger ikke en kronologisk tidslinje, men når behovet for informasjon oppstår. Prioriterer pasientens behov før dokumentasjon <u>Kompenserende løsninger:</u> Tar bilder og søker opp informasjon med privattelefon
3	Shiells, K., Baquero, A. A. D., Štěpánková, O. & Holmerová, I. (2020)	Staff perspectives on the usability of electronic records for planting and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study	BMC Medical Informatics and decision Making	Uforske utfordringer med bruksvennlighet en med EPJ med tanke på evaluering og planlegging av pleie til mennesker med demens på sykehjem, fra ansattes perspektiv	Utforskende kvalitativ design design med flere casestudier. 21 helsepersonell ble valgt ut fra tre forskjellige sykehjem i Beilgia, Tsjekkia og Spania hvor alle anvendte EPJ. Tematisk analyse ble brukt for å kode intervjuene. De ble kodet etter prioriterte kategorier: type enhet, bruksvennlighet en til programvaren og organisatorisk støtte.	<u>Type enhet:</u> Sykepleiere burde ha hver sin bærbare enhet for å lette dokumentasjonsarbeidet, men brukte stasjonære til lengre rapporter. <u>Programvares brukervennlighet:</u> Ha felles terminologi, «drop-down menus», men også plass til fritekst. Få varsel om viktige endringer hos pasientene og når tiltaksplanene trenger oppdatering <u>Struktur og innhold:</u> EPJ bør inneholde ulike kartleggingsverktøy og maler. Tiltaksplanene må være individuelt tilpasset, men også ha en viss standardisering. <u>Organisatorisk støtte:</u> Sørg for at ansatte får opplæring i EPJ på jobben. Ha fortløpende kommunikasjon med systemutviklere for oppdateringer og forbedringer, ha IT-støtte på huset
4	Håkonsen, S. J., Pedersen, P.U., Bygholm, A., Thisted,	Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care and home nursing: the	BMC Health Services Research	Undersøke hvordan en variert gruppe helsepersonell oppfatter sin egen kompetanse innen ernæring og dokumentasjon, og hvordan	Kvalitativ metode der dataene ble innhentet ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Totalt 14	<u>Mangel på enhetlig og systematisk kommunikasjon påvirker arbeidet med ernæring</u> Manglende kunnskap for hva og hvor det skal dokumenteres.

	C.N., Bjerrum, M.(2019)	self-perceived views of the primary care workforce.		organisasjonsstrukturer påvirker deres daglige arbeid og kvaliteten på omsorgen.	deltakere. Studien er utført i en dansk kommune.	Dokumentasjon var ikke viktigste kommunikasjonsverktøyet. <u>Erfaringsbasert kunnskap blant den primære arbeidsstyrken påvirker de daglige kliniske beslutningene</u> Dokumentasjon ikke samme prioritet som andre oppgaver. Kvaliteten avhengig av helsepersonellens interesse og innsats. Forskjellige meninger og holdninger rundt dokumentasjon. <u>Forskjeller i organisasjonskultur påvirker kvaliteten i pleien</u> Forskjeller i daglige rutiner, praksis og kvalitetsstandarder innen samme organisasjon.. <u>Mangelen på tydelige ansvar for ernæring påvirker hvordan den daglige pleien er utført</u> Forvirring og usikkerhet om ansvarsrollen innenfor ernæring og dokumentasjon. <u>Mangelen på klinisk ledelse og prioriteringer gjør ernæringspleie usynlig.</u> Manglende systematisk opplæring og trening for nye og faste ansatte. Mangel på tid og ressurser påvirker kvalitet på pleien og dokumentasjon.
5	Heimro, L. S., & Haugstvedt, A. (2015)	Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim.	Sykepleien Forskning	Kartlegge om rutiner for oppfølging av glykemisk kontroll hos beboere med diabetes ved norske sykehjem var i samsvar med anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer.	Kvantitativ der det utføres en klinisk audit som metode.	Av 351 beboere på tre forskjellige sykehjem, hadde totalt 50 beboere diabetesdiagnose eller sto på blodsukkersenkende medikamenter. 10 beboere hadde ikke diabetesdiagnose registrert i sin journal selv om de brukte blodsukkersenkende medikamenter. To hadde individuelle behandlingsmål for HbA1c dokumentert i sin journal, ni hadde individuelle rutiner for blodsuktermåling og 16 hadde fått målt HbA1c minimum hver 2. -6. måned som anbefalt i forskningsbaserte retningslinjer.

## 5 Diskusjon

Vi gjentar vår problemstilling: *Hvilke forutsetninger bør være til stede for at sykepleiedokumentasjonen ivaretar kvalitet på helsehjelpen til pasienter på sykehjem?*

Med bakgrunn i forskning og faglitteratur, har vi identifisert fem områder som vi tar utgangspunkt i når vi diskuterer hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for en bedre dokumentasjonspraksis.

### 5.1 Økt kompetanse blant helsepersonell

Når sykepleiers kompetanse diskuteres opp mot sykepleiedokumentasjon, står kjennskap til formelle krav og kunnskapsbaserte retningslinjer sentralt. Manglende kunnskap kan føre til at helsehjelpen ikke gis med god kvalitet eller er i tråd med god yrkesskikk jmf.

Pasientjournalforskriften (2019) §1a og Helsepersonelloven (1999) §40. Et eksempel på dette fremkommer i studien til Heimro og Haugstvedt (2015) som viser til stort gap mellom kunnskapsbaserte anbefalinger og praksis når det gjelder oppfølging av blodsukkeret til diabetespasienter på sykehjem. Dette kan knyttes til manglende kunnskap om hva som skal dokumenteres og hvor dokumentasjonen skulle føres. En avklaring om hvor i EPJ de ulike helsepersonellgruppene dokumenterer sine vurderinger og tiltak (Hellesø, 2015, s.211), kan bidra til mer åpenhet og mindre usikkerhet relatert til hvor data om pasienten skal dokumenteres (Håkonsen et al., 2019, s. 7). Dette er viktig fordi helsepersonell er avhengig av korrekt informasjon om pasientene for å kunne ivareta kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen. Et annet eksempel fremkommer i studien til Håkonsen et al. (2019), hvor manglende kunnskap rundt dokumentasjonspraksis, kan føre til upresis kommunikasjon og unøyaktige rutiner for oppfølging av ernæringsssituasjonen til pasientene (Håkonsen et al., 2019, s.7). Ulik kompetansenivå kan også ha en sammenheng med at informantene i studien både var helsefagarbeidere, assistenter og sykepleiere, slik at funnene ikke kan relateres direkte til kompetansenivået hos sykepleiere.

I følge Håkonsen et al. (2019), ble ikke opplæring og trening i hvordan dokumentere gjort systematisk. På den måten foregikk opplæringen ved å kopiere kollegaens praksis. Dette kan føre til at dokumentasjonen blir personavhengig, varierende og inkonsekvent (s. 10). Dette har vi også erfart i liknende praksis med opplæring både fra praksisstudier og fra våre arbeidsplasser, at det er lite planlagt opplæring fra ledelsen. Opplæring er spesielt relevant fordi fire av ti ufaglærte kun har ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå og jobber tett

med pleie og omsorg på sykehjem (Dyb, 2020). På bakgrunn av forskjellig kompetanse og spesialisering blant sykepleiere, kan også enkelte områder bli prioritert eller nedprioritert ut ifra hva sykepleieren anser som sitt ansvarsområde. Det kan ha betydning for hva sykepleier velger å dokumentere (Hellesø & Sogstad, 2019, s. 86). Videre problematiserer sykepleierne i Håkonsen et al. (2019), at dersom man ikke har fått riktig opplæring, vil den enkelte helsepersonell ikke ha kunnskaper om viktige verktøy og prosedyrer for dokumentasjon, som vil føre til utfordringer i den daglige omsorgen (s.10). Et eksempel på dette er utvikling av underernæring som ikke blir oppdaget i tide eller fulgt opp med tilstrekkelig tiltak.

For at sykepleiere skal ha høyere kompetanse om dokumentasjon, har skolene et viktig ansvar for å lære opp sykepleierstudentene bedre. Laugaland og Aase (2019), påpeker i en kronikk om sykepleierutdanningene og dokumentasjon, at skolene må ha mer fokus på dokumentasjon. De må ta på alvor at sykepleiedokumentasjonen i dagens praksis er mangelfull og at pasienter utsettes for uheldige hendelser. I studien til Naustdal og Netteland (2012) fremkom det at sykepleierstudenter burde få bedre opplæring i å skrive tiltaksplaner og rapporter. De påpekte at studentene kunne være mer aktive brukere av EPJ under praksisstudiene og at dette kunne inspirere sykepleierne til å utnytte EPJ- systemene bedre (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274). Det fratår imidlertid ikke ledernes ansvar for at sykepleierne får opplæring i EPJ med de føringene for en forsvarlig yrkesutøvelse i henhold til Helsepersonelloven (1999) §16.

I følge Håkonsen et al. (2019) er erfaringsbaserte beslutninger dominerende for utøvelsen av sykepleie, og det vises sjeldent til forsknings- og kunnskapskilder i sykepleiernes kliniske beslutningsprosess (s.8). Heimro og Haugstvedt (2015) hevder at innføring av prosedyrer i kan bidra til å øke kjennskapen til kunnskapsbaserte retningslinjer og tryggheten til helsepersonell når de skal gjøre vurderinger rundt eksempelvis diabetesbehandling (s.223). I stortingsmeldingen «Én innbygger- én journal», har regjeringen undersøkt muligheten for felles, helhetlig journalsystem og at det i journalsystemene inngår beslutningsstøtte som bidrar til enklere beslutninger for helsepersonell (Meld. St. 9 (2012-2013) s.10). Prosedyrer fra systemet VAR Healthcare, kan integreres mer i journalsystemene (Vabo, 2018, s.172). Dette kan bidra til en forsknings- og kunnskapsbasert dokumentasjonspraksis (Vabo, 2018, s. 47), som gir kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen, også fordi prosedyrene er de samme og kan utøves likt (VAR Healthcare, u.å). Ved at fagprosedyrene blir inkorporert i journalføringen,

kan det bidra til at sykepleiere anvender fagprosedyrene mer aktivt for å ivareta god kvalitet på helsehjelpen.

## **5.2 Struktur og innhold i dokumentasjonen**

Dagens dokumentasjon reflekterer fortsatt Florence Nightingales sin standard, at dokumentasjonen skal være presis og etter objektiv helsefaglig kunnskap (Hellesø & Sogstad, 2019, s. 84). I følge Naustdal og Netteland (2012) sin studie, er dokumentasjon av sykepleie i EPJ i kommunehelsetjenesten likevel preget av ustrukturerte fortellende tekst i et kronologisk tidsperspektiv. Denne dokumentasjonspraksisen skjer til tross for at tidligere studier har sett at mer standardisering av sykepleiedokumentasjon styrker struktur, innhold og prosess (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274). Videre oppgir informantene at manglende struktur og standardisering gjorde det utfordrende å finne aktuelle pasientopplysninger i den daglige behandlingen, og at innholdet i dokumentasjonen kunne oppfattes ulikt (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274). En årsak til ustrukturert dokumentasjon, kan være lite tradisjon blant sykepleierne eller manglende avdelingskultur for å benytte preformulerte oversikter over mål, sykepleiediagnoser og tilhørende tiltak (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274). Det er viktig å påpeke at denne forskningen er fra 2012, men basert på egen erfaring og annen forskning, møter vi fortsatt på mange av de samme utfordringene i dagens dokumentasjon. I følge Shiells et al. (2020), påpeker sykepleierne at det må det være plass til å skrive i fritekst parallelt med en standardisert form (s. 5). En dokumentasjonspraksis helt uten fritekst, kan skape utfordringer når standardiseringen blir for generell og når dokumentasjonen er lite tilpasset hver enkelt pasient (Heggdal, 2006, s. 194). En fordel med standardiserte planer er likevel at det kan sikre en felles terminologi som reduserer misforståelser og styrker kvaliteten. NSF (u.å), anbefaler også strukturert dokumentasjon med bruk av terminologi og kodeverk i EPJ.

I følge Håkonsen et al. (2019) mangler sykepleiere begrepsapparat for å beskrive pasientsituasjoner og har et upresis klinisk språk. Grunnleggende kliniske uttrykk som «aktivitetsplaner» eller «pleieplaner» er misforstått og anvendes av helsepersonell på ulike måter (s. 7). På bakgrunn av at informantene i studien til Håkonsen et al. (2019) har forskjellig kompetansenivå, kan det ha bidratt til at informantene har forskjellig forståelse av terminologien. Direktoratet for e-helse sin anbefaling om å innføre ICNP og SNOMED, kan sikre et felles begrepsapparat (Direktoratet for e-helse, 2018, s.7). Ved å implementere felles klassifikasjonssystem, kan man være nærmere et felles språk i dokumentasjonsarbeidet. En

utfordring når nye systemer implementeres, er at ansattes kunnskapsnivå ikke er tatt hensyn til (Shiells et al, 2020, s.5). Det kan bidra til at systemene ikke brukes eller at de ansatte mister motivasjon. En annen utfordring kan være at en eksisterende avdelingskultur, kan gjøre at endringer er vanskeligere å implementere (Naustdal & Netteland, 2012, s.275). En tredje utfordring er tid. Det tar tid å implementere felles klassifikasjonssystemer, og tid fra nasjonale vedtak iverksettes til at det skjer endringer lokalt. Likevel kan rutiner, arbeidsmiljø og endringsviljen være forskjellig mellom forvaltningsnivå. Studien er gjennomført i sykehus, hjemmesykepleien og sykehjem, og vi kan derfor ikke si med sikkerhet at alle funnene kan relateres direkte til sykehjem.

Sykepleiere kan oppleve det som utfordrende å formulere sykepleieplaner. Dette kunne være knyttet til pasients mentale og psykiske utfordringer (Johannesen & Ryen, 2019, s. 42). I følge Shiells et al. (2020), opplevde sykepleiere at de ikke fant alternativer i den standardiserte planen som passet pasientens behov, spesielt knyttet til pasienter med demens (s. 8). Det som ikke er konkret og fysisk, har sykepleiere opplevd som utfordrende å dokumentere. Dette gjaldt også utfordringer knyttet til å dokumentere i fritekst. Dette kan være i redsel for å ikke formulere seg etisk riktig rundt tabubelagte områder (Hellesø & Sogstad, 2019, s. 82 og 85). I følge Engen et al. (2020) oppgir sykepleiere at det er en vanskelig balanse å finne riktige ord som kan beskrive deres observasjoner når det gjaldt pasientenes psykiske helse (s. 5). Dette understreker sykepleiernes bevissthet rundt etisk ansvar når helsehjelpen dokumenteres (Nortvedt, 2016, s. 24). Pasientens innsynsrett i sin egen journal, kan føre til at sykepleiere reflekterer over hvordan de formulerer seg i dokumentasjonen og dermed skriver faglig objektivt med respekt for pasienten.

Tidligere studier har sett på om sykepleiedokumentasjonen er utført etter sykepleieprosessens faser som en indikasjon for kvalitet på dokumentasjonen. Flere konkluderer med at dokumentasjonen ikke er i tråd med sykepleieprosessen og at ikke fasene blir benyttet (Hellesø & Sogstad, 2019, s. 75; Naustdal & Netteland, 2012, s. 273). Dokumentasjonen kan også mangle kartlegging og plan for sykepleie med mål, tiltak og evaluering av tiltakene (Olsen & Wibe, 2019, s. 115). I følge Tuinman et al. (2017) manglet tiltaksplanene sykepleiediagnoser, og i noen tilfeller var utvikling og resultat irrelevant til de definerte diagnosene (s. 581). Dette kan føre til at sykepleier overser relevante symptomer på sykdom og setter pasienten i fare. En årsak til at sykepleieprosessen har vært lite benyttet som struktur i dokumentasjonen, kan være at sykepleiere ikke bruker prosessen bevisst. Det kan



antas at prosessen ikke er en innarbeidet del av arbeidshverdagen som kan føre til at sykepleier glemmer eller utelater å fylle ut alle delene i journalen. En annen årsak kan være rettet mot kritikken av den, at den er for lineær og mangler det mellommenneskelige aspektet (Heggdal, 2006, s. 67; Rotegård et al., 2015, s.245). For sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvordan prosessen kan benyttes på best mulig måte. En avdelingskultur som innarbeider sykepleieprosessen som rutine, kan føre til at sykepleier blir mer bevisst på å anvende prosessen for systematisk informasjonsinnhenting, samtidig som diagnoser, mål, tiltak og evaluering av disse kommer tydelig frem i pasientjournalen.

Et annet eksempel hvor tiltaksplaner har vært mangelfull, fremkommer i studien til Heimro og Haugstvedt (2015), hvor 20% av de som hadde diabetes, ikke hadde diagnosen registrert i sin journal, selv om de stod på blodsukkersenkende medikamenter. Rutiner for blodsuktermåling var kun registrert hos 18 % av de som hadde diabetes (Heimro & Haugstvedt, 2015, s. 222). En konsekvens av å ikke ha tiltak for blodsuktermåling, kan være at pasienten eksempelvis har hyperglykemi over tid som ikke blir oppdaget. I studien til Shiells et al. (2020), foreslår helsepersonellet at EPJ burde ha en funksjon som tydelig kan varsle ansatte om viktige endringer i pasientens tilstand eller når tiltaksplanene behøver oppdatering (s.5 og 8). Gjennom vår erfaring, har det vært foreslått å ha skjema med oversikt over pasientene og deres primærsykepleiere, og de ulike områdene av tiltaksplanene som må oppdateres. I de tilfellene, blir sykepleier gitt en tidsfrist og må underskrive når det er gjennomført. Det kan sikre at tiltaksplanene jevnlig blir oppdatert og inneholder relevant informasjon.

### **5.3 Sykepleierens informasjonspraksis og holdninger**

I følge Østensen et al. (2019) har sykepleiere på sykehjem og i hjemmesykepleien mange informasjonskanaler i deres arbeidshverdag. Informasjonskanalene er både elektronisk, papirbasert og muntlig som utgjør et «spindelvev» av informasjonskanaler som er tilkoblet hverandre. I tillegg til pasientens journal, eksisterer det også andre informasjonskilder gjennom eksempelvis «informasjonsslapper» som henger på pasientens rom med viktige beskjeder til helsepersonellet. Dette opplyser sykepleierne som nyttig da det er vanskelig å huske alt som står i EPJ (Østensen et al., 2019, s. 2710-2711). På den ene siden kan informasjonsslapper være nyttig da informasjonen blir tilgjengelig direkte der behovet er. På den andre siden kan en slik praksis være negativt da det er usikkert hvor ofte lappene oppdateres, og hvor pålitelig informasjonen er. Et «spindelvev» av informasjonskilder, kan føre til at informasjon blir dokumentert feil sted og dermed bli oversett. Studien til Østensen

et al. (2019) påpeker videre at informasjonspraksisen ikke følger en kronologisk tidslinje, men skjedde når behovet for informasjon oppstod eller når det ble anledning for å dokumentere (s. 2712). Likevel var dette en lokal praksis som var godt etablert og ville nødvendigvis ikke påvirke kvaliteten på helsehjelpen negativt (Østensen et al., 2019, s.2713). Denne studien ble gjort på sykehjem og i hjemmesykepleien. Det er annerledes å ha pasientens hjem som arbeidsplass i motsetning til å være på en institusjon, men informasjonspraksisen ser likevel ut til å ha likheter.

Når det kommer til type enhet sykepleiere benytter seg av for å dokumentere, kom det på den ene siden frem i studien til Naustdal og Netteland (2012), at mobile verktøy som bærbar PC og PDA (personlig digital assistent) i liten grad ble brukt i dokumentasjonsprosessen. Dette var knyttet til å dokumentere i EPJ sammen med pasienten i deres hjem i hjemmesykepleien, noe det ikke var tradisjon for. På den andre siden kom det frem i studien til Shiells et al. (2020), at bærbare enheter gjorde det mulig for ansatte å få tilgang til tiltaksplanen og dokumentere direkte nært opp mot hjelpen som gis på sykehjem (s. 5). Det var delte meninger om hvorvidt det var akseptabelt å dokumentere inne på pasientens rom fordi det trakk oppmerksomheten bort fra pasienten (Shiells et al, 2020, s. 5). Denne studien ble utført i Spania, Belgia og Tsjekkia. Det kan derfor hende praksisen er noe ulik fra norsk praksis, men vi ser likevel likheter med hva vi har erfart. Vi har erfart at noen sykehjem har installert skjerm på pasientens rom eller bærbare enheter, men at disse blir brukt i liten grad. En årsak til dette kan være at stasjonære enheter egner seg bedre til lengre rapporter, eller at helsepersonellet vurderer det som upassende å dokumentere foran pasienten.

I følge Østensen et al. (2019), uttrykte sykepleiere at de brukte andre kompenserende løsninger, eksempelvis sin privattelefon til å ta bilder av et sår, da de ikke hadde tilgang til et kamera på jobb (s. 2713). Slike tilpasninger har vi også erfart, der privat mobiltelefon brukes spesielt knyttet til å følge sårutvikling. Dette kan true det etiske og juridiske aspektet om taushetsplikt, i henhold til Helsepersonelloven (1999) §21. Når bildet kun er tatt av såret, blir ikke taushetsplikten nødvendigvis brutt, men det hindrer andre i å se bildet og utviklingen av såret. Tilgjengelige digitale enheter med mulighet for å dokumentere i bildeform og som enkelt kan legges i pasientens EPJ, kan være en løsning. Dette kan ivareta kontinuitet i helsehjelpen ved at flere kan følge sårutviklingen.

Sykepleiere som jobber fast, vil etterhvert få godt kjennskap til pasienter på langtidsavdeling på sykehjem. Det fremkom i studien til Østensen et al. (2019), at de som jobbet regelmessig ikke hadde behov for å lese i EPJ hver dag for å få en oversikt over pasientene, da de kjente dem godt. Det å kjenne pasienten ble definert som at de kjente til deres pleiebehov, deres vaner og deres situasjon over den siste tiden. Dette kan likevel føre til at viktig informasjon blir oversett. Når de derimot hadde vært borte fra jobb over en lengre periode eller helsestatusen til pasientene hadde endret seg betydelig, leste de gjennom EPJ for å få en oppdatering (s. 2712). På bakgrunn av våre erfaringer, har vi gjort oss opp noen tanker om sykehjemmene burde ha det som en rutine å lese gjennom EPJ før vaktstart. Et forslag kan være at sykehjemmene kan innføre «stille» rapport, som vil at si at rapporten skjer gjennom å lese hva som er skrevet om pasienten fra vekten før. En fordel med dette kan være at personalet føler seg mer forpliktet til å dokumentere og holde tiltaksplaner oppdatert, da det er der brotarten av informasjonsdelingen skjer. Likevel kan muntlig informasjon benyttes i kombinasjon med stille rapport for å styrke informasjonspraksisen. I følge Østensen et al. (2019), ble muntlig informasjon ofte anvendt som et organiserende verktøy og når ulike situasjoner oppstod. Det var likevel ikke et alternativ til skriftlig dokumentasjon i EPJ, men et supplement (Østensen et al, 2019, s. 2710-2711).

Heimro og Haugstvedt (2015) påpeker i sin studie at bedre holdninger kan redusere gapet mellom forskningsbasert kunnskap og praksis (s.225). Sykepleiere har som regel en holdning om at dokumentasjon er et viktig verktøy i sykepleien, men at det kan oppfattes som en byrde som hindrer dem fra å fokusere på den direkte pleien (Olsen & Wibe, 2019, s. 124). Dette sees også i Østensen et al. (2019) sin studie, at viljen til å lese EPJ var tilstede, men pasientens behov for hjelp kom i første rekke (s. 2712). Fra sykehjem har vi på den ene siden erfart at sykepleierne ikke jobber nok med pasientenes EPJ, på bakgrunn av store mangler. På den andre siden har vi også erfart at de som ønsket å bruke mer tid på pasientjournalene, ble møtt med negative holdninger blant andre helsepersonell, da det ser ut som at sykepleiere bruker for mye tid foran PCen, fremfor å bidra ute i avdelingen. En felles rolleavklaring kan være nødvendig for å bevisstgjøre helsepersonellet om at alle har viktige og dels forskjellige ansvarsområder, og viktigheten av at sykepleiere får tid til blant annet dokumentasjonsarbeid. I følge Netteland og Naustdal (2012), følte de sykepleierne som allerede prioriterer tid til dokumentasjon, at de mister motivasjon når kollegaene ikke leser eller følger opp sykepleietiltakene de har utarbeidet (s. 273). Dette kan skyldes at andre helsepersonell ikke prioriterer tid til dokumentasjon eller mener de kjenner pasienten nok til å ikke lese i EPJ. Økt

kunnskap om hvorfor dokumentasjon er en viktig del av arbeidshverdagen, kan bidra til å bedre holdninger.

På sykehjemmene har sykepleiere en viktig oppgave i å være pådrivere til tiltaksplaner og behandlingsmål blir utarbeidet og er oppdaterte (Heimro & Haugstvedt, 2015, s. 223). Kvaliteten blir avhengig av helsepersonellens motivasjon, interesse og innsats. Involvering av pasientene i dokumentasjonsprosessen, har også vært omtalt som et viktig kriterium for kvalitet på dokumentasjon (Vabo, 2018, s.45). I følge Mariani et al. (2016) var involvering av pasientene i planleggingen av pleien på sykehjem, et av tiltakene i forbedringsprosessen knyttet til dokumentasjon (s. 1632). Derfor kan sykepleier involvere pasientene i utforming av tiltaksplanene. Selv om flere av pasientene på sykehjem har kognitiv svikt, skal ikke det være til hinder for medvirkning, da pasientenes pårørende i disse tilfellene kan involveres.

#### **5.4 Involvering av ledelsen og IKT**

Ledelsen har det overordnede ansvaret for tilrettelegging av arbeidsplassen (Kirkevold, 2016, s.268). Dette skal bidra til at helsepersonell har en forsvarlig yrkesutøvelse i henhold til Helsepersonelloven (1999) §16. Dersom §16 ikke overholdes, kan det føre til mangelfull dokumentasjon eller mangelfulle systemer for journalføring, og dermed får ikke helsepersonell overholdt kravet og plikten til å føre journal i tråd med helsepersonelloven §39 (Helsedirektoratet, 2018b). I følge Naustdal og Netteland (2012) lå det ingen lokale føringer fra ledelsen for hvordan sykepleiedokumentasjonen skulle gjennomføres i EPJ (s. 273). Lederne undervurderte viktigheten av sykepleiedokumentasjon, da de manglet tydelighet og ikke signaliserte hvilken praksis de ønsket (Naustdal & Netteland, 2012, s. 275). På den ene siden kan det virke som at ledere mener det er utfordrende å få sykepleiere til å jobbe med tiltaksplaner (Naustdal & Netteland. 2012, s.274). På den andre siden oppgir sykepleiere at manglende organisatorisk og klinisk ledelse fører til manglende dokumentasjon (Håkonsen et al., 2019, s.10). Videre oppleves det som at lederne ikke prioriterer at dokumentasjonsarbeidet skal ha høy kvalitet, og det tildeles ikke flere ressurser til å drive systematisk trening i dokumentasjon (Håkonsen et al., 2019, s.12). I studien til Shiells et al. (2020) fremkommer det at undervisning når man er på jobb, «on-the-job-training», tilpasset helsepersonellens erfaring med IT, er foretrukket fremfor å delta på kurs (s.10). Lederne kan ved en slik tilnærming, bidra til en praksisnær opplæring ved at de ansatte får opplæring i digitale verktøy som de allerede har kjennskap til.

Ledernes perspektiv i Naustdal og Netteland (2012) og sykepleiernes perspektiv på ledelsens manglende oppfølging i Håkonsen et al. (2019), viser til utfordringer og forvirring rundt ansvarsfordelingen. Mangelfull dokumentasjon er i følge Heimro og Haugstvedt (2015) knyttet til uklar ansvarsfordeling samtidig som at EPJ ikke blir optimalt utnyttet. Et forhold som er viktig når det gjelder ansvarsfordeling, er hvordan avdelingen er organisert. Velorganiserte avdelinger kan bidra til forbedring i helsehjelpen, og bedre samarbeid mellom helsepersonell om dokumentasjon (Håkonsen et al., 2019, s.12). På sykehjem er det vanlig at hver pasient har en fast primærsykepleier som har hovedansvaret for å følge opp pasienten (Vabo, 2018, s.35). Denne sykepleieren har det overordnede ansvaret for pasientens journal i henhold til Helsepersonelloven (1999) §39. Dette innebærer også at pasienten har rett på en individuell plan i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 7-1. For at dette skal bli ivarettatt, er det viktig at ledelsen tilrettelegger for at de juridiske føringene blir fulgt, noe som kan styrke dokumentasjonsarbeidet. Sykepleier har også et ansvar for at resten av pleieteamet legger til ny informasjon gjennom deres vurderinger og rapportskriving (Heggdal, 2006, s. 178). Sykepleier kan kontrollere kollegaers arbeid ved å se om helsehjelpen har blitt dokumentert og ha løpende dialog med sine medarbeidere.

I både Naustdal og Netteland (2012) og Håkonsen et al. (2019) oppgir sykepleierne at systemene oppleves som tidkrevende på grunn av utfordringer knyttet til funksjonalitet. For eksempel kan de elektroniske journalsystemene ha begrensninger i muligheten for å kartlegge behovet for sykepleie, eller at enkelte deler i systemene ikke er optimale (Vabo, 2018, s.119). En konsekvens av dette er at det blir vanskelig å oppfylle kravet om både innholdet i journalen og at det ikke gir riktig helsehjelp med utgangspunkt i relevante opplysninger i henhold til Pasientjournalforskriften (2019) §4. Derfor er det viktig at sykepleiere, studenter eller andre helsepersonell gir tilbakemeldinger til ledelsen om utfordringene som oppstår i EPJ (Vabo, 2018, s.119), og er aktive i diskusjonene om utvikling av optimale løsninger (Vabo, 2018, s.31). Det er spesielt viktig at sykepleierne bruker sin faglige kompetanse til å påvirke forbedringer i EPJ som kan forenkle dokumentasjonsarbeidet. Et tiltak i denne sammenheng kan være å ha løpende dialog med utviklere av EPJ-systemene for å gi tilbakemeldinger, eller ha en kontaktperson blant helsepersonellet som har ansvar for å videreføre forbedringsforslag. Et annet tiltak kan være å ha en form for IT-støtte på sykehjemmet for å raskt kunne få IT-hjelp ved feil i systemet (Shiells et al, 2020, s. 9-10). Selv om sykepleier opplever utfordringer med elektroniske systemer, fritas ikke sykepleier fra

sitt ansvar og plikt til å føre dokumentasjon og oppdatere pasientens tiltaksplaner i henhold til Helsepersonelloven (1999) §39.

## **5.5 Tid til dokumentasjon**

Ingstad (2010) trekker frem at mål- og resultatstyring på sykehjem har endret sykepleiernes arbeidsforhold (s.14), og flere arbeidsoppgaver ikke har medført mer tid til å løse disse oppgavene. Arbeidshverdagen er preget av stadig flere oppgaver og økt krav til effektivisering (Nydal et al., 2016, s.68). Tid trekkes også frem i flere studiene som en faktor for manglende dokumentasjon eller i de situasjonene EPJ blir nedprioritert. Sykepleiere har allerede en travel arbeidshverdag og det tar tid å utarbeide sykepleiediagnoser, mål og tiltak til hver enkelt pasient. I følge Håkonsen et al. (2019), var det forskjellige meninger om helsepersonell burde bruke mer tid på dokumentasjon. Noen føler de allerede bruker mye tid på unødvendig dokumentasjon og at det tok fokus vekk fra den direkte pleien og pasientkontakten (s.7-8). I følge Shiells et al. (2020), var også helsepersonellet bevisst på å prioritere tid med pasientene, fremfor å bruke tid på dokumentasjon (s.5). Andre erfarte likevel at de burde bruke mer tid på dokumentasjon og lese EPJ, og at dette ble gjort for sjeldent (Østensen et al, 2019, s. 2712). En løsning for å gjøre dokumentasjonsprosessen enklere og tidsbesparende er mer standardiserte former i EPJ (Ehnfors et al, 2015, s. 18; Naustdal & Nettelund, 2012, s. 272). På bakgrunn av at dokumentasjon ofte er mangelfull, kan det være nødvendig med mer planlagt og avsatt tid til å strukturere dokumentasjonsprosessen. Vi har erfart at sykehjem løser dette ved å ha faste dager som er avsatt til at sykepleiere kan oppdatere tiltaksplaner. Da kan ledelsen ta ansvar for å øke bemanningen i det tidsrommet, slik at sykepleiere faktisk får den tiden som er avsatt til dokumentasjon uten for mange avbrytelser.

I følge Naustdal og Nettelund (2012), var det stor avstand i tid mellom utført pleie og dokumentasjon (s. 273). Dokumentasjonen ble ofte ikke utført før mot slutten av arbeidsdagen når det var færre arbeidsoppgaver (Naustdal & Nettelund, 2012, s. 273; Østensen et al, 2018, s. 2712). Vi har erfart lignende fra sykehjem, at sykepleiere og annet helsepersonell ofte utfører dokumentasjonen rett før vaktskifte. Dette kan være en av årsakene til at dokumentasjonen blir mangelfull, da viktige momenter fra pasientsituasjonen kan bli glemt eller nedprioritert på grunn av tid mellom utført pleie og rapportering, samt knapphet på tid. Dette kan også sees i sammenheng med at sykepleiere prioriterer den direkte helsehjelpen og

at dokumentasjonsarbeidet kommer i andre rekke, gjerne på slutten av dagen. Når det kommer til å lese om pasienten før vaktstart, fremkommer det i studien til Østensen et al. (2019), at sykepleiere opplever at starten av arbeidsdagen ofte er hektisk, preget av avbrytelser og alarmer som ringer, og en rekke oppgaver som står for tur (s.2712). Dette kan være en problemstilling knyttet til organisering og ledelse, med en løsning om at eksempelvis vaktbyttet overlapper hverandre slik at de som går av vakt kan være ute i avdelingen, mens de som kommer på vakt kan lese i EPJ.

## 6 Oppsummering

I denne oppgaven har vi ønsket å belyse viktigheten av dokumentasjon og hvilke forutsetninger som bør være til stede for at sykepleiedokumentasjon ivaretar god kvalitet på helsehjelpen til pasienter på sykehjem.

Forutsetningene som bør være tilstede dreier seg om kompetanseheving, struktur og standardisering i EPJ, rutiner og holdninger hos sykepleiere, at dokumentasjon har en prioritet hos ledelse, mer tilgjengelig IT-støtte, samt tid avsatt til dokumentasjon. Systematisk kompetanseheving og opplæring i EPJ har stor betydning for hvordan dokumentasjonen blir utført, og for å unngå at praksisen blir personavhengig og tilfeldig. Sykepleierutdanningene bør ha større fokus på sykepleiedokumentasjon for å bidra til høyere kompetansenivå blant nyutdannede sykepleiere. Mer systematisk bruk av elektroniske prosedyrer kan styrke sykepleiernes beslutningsgrunnlag og bidra til en mer kunnskapsbasert dokumentasjonspraksis. Standardisering av dokumentasjonssystemene kan bidra til bedre struktur og innhold, og dermed mer kontinuitet i helsehjelpen. En felles terminologi som kan gi et felles språk er vurdert som positivt, og felles helhetlig journalsystem er et fokusområde hos nasjonale helsemyndigheter. Dokumentasjon som er utført etter sykepleieprosessen kan styrke kvaliteten på innholdet hvor kartlegging og plan for sykepleie med mål, sykepleietiltak og evaluering blir inkludert. Ledelsens faglige og juridiske ansvar er en viktig faktor for at dokumentasjonen blir prioritert, og for å bli en naturlig del av sykepleiers arbeidsoppgaver. Brukervennlighet i EPJ-systemene og tettere samarbeid med IKT, er også en viktig forutsetning for at sykepleiere prioriterer dokumentasjon i tråd med deres plikt og ansvar.

Forutsetningene henger sammen, og er samlet sett viktige faktorer for en dokumentasjonspraksis som ivaretar god kvalitet på helsehjelpen og sikrer kontinuitet i oppfølgingen av pasienter på sykehjem. Det har betydning for å oppdage forverring av helsetilstand og kunne iverksette tiltak for å hindre uheldige hendelser. Sykepleiere må derfor være pådrivere i det fremtidige forbedringsarbeidet for å sette dokumentasjon på dagsorden.



## 7 Referanseliste

- Andreassen, H. (2019). Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten. I Hellesø, R. & Olsen, R., M. (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring*. (s.15-32). Cappelen Damm Akademisk
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg, s. 262-276). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Gyldendal Akademisk
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Terminologi for sykepleiepraksis – konseptutredning*. (Nr.1028). [https://ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis/\\_attachment/download/052708fd-9b1f-445a-8967-c0c278370503:8c1ae887a487cc29dcb0830923d55ec8a34a0dc5/Terminologi%20for%20sykepleiepraksis.pdf](https://ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis/_attachment/download/052708fd-9b1f-445a-8967-c0c278370503:8c1ae887a487cc29dcb0830923d55ec8a34a0dc5/Terminologi%20for%20sykepleiepraksis.pdf)
- Dyb, H. (2020, 23.oktober). *Mangel på personell og kompetanse truer eldreomsorgen*. OsloMet. Hentet 13.mars 2021 fra <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/truer-eldreomsorgen>
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell- Ekstrand, I. (2015). *Nye Vips-boken. Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (2.utg.). Cappelen Damm AS
- Engen, E. J. H., Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2020). Nurses' Experiences of Documenting the Mental Health of Older Patients in Long-Term Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2333393620960076>
- Flodgren, G., Bidonde, J. & Berg, C. R. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenestene*. Folkehelseinstituttet. ISBN 978-82-8082-829-3 <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>
- Flovik, A.M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I Grov, E.K. & Holter, I.M. (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 271-296). Cappelen Damm Akademisk.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA Rapport 14/20). <http://hdl.handle.net/20.500.12199/6417>

- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2.utg). Gyldendal Akademisk.
- Heimro, L. S., & Haugstvedt, A. (2015). Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim. *Sykepleien Forskning*, 10(3), 216–226.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55007>
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I Grov, E.K. & Holter, I.M. (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 209-243). Cappelen Damm Akademisk.
- Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det»- sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I Hellesø, R. & Olsen, R.M. (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring*. (s. 73-89). Cappelen Damm Akademisk
- Helsebiblioteket. (2016, 07.juni). 6. *Evaluere praksis*. Hentet den 17.februar 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/evaluere-praksis>
- Helsedirektoratet. (2017, 21.mars). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 2.desember 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018a, 28.juni). *Helsepersonelloven med kommentarer: 3.Krav til organisering og virksomhet*. Hentet 11.mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-organisering-og-virksomhet#paragraf-16-organisering-av-virksomhet-som-yter-helse-og-omsorgstjenester>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Årsrapport 2017. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* (IS-2729).  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/\\_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_7#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Hofstad, E. (2011). *Altfor lange journaler truer pasientsikkerheten*. Sykepleien.  
Hentet 24. februar 2021 fra <https://sykepleien.no/2011/11/altfor-lange-journaler-truer-pasientsikkerhet>
- 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), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>
- Johannesen, L., M. & Ryen, E. (2019). Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter. I Hellesø, R. & Olsen, R. M., (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring*. (s. 33- 47). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- 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. *Vård i Norden*, 34(2), 27–32. <https://doi.org/10.1177/010740831403400206>
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14–17. <https://doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Kirkevold, Marit. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I Grimsbø, G.H., Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., Skaug, E-A., (Red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 1, Sykepleie- fag og funksjon*. (2.utg, s. 267-310). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kommunens Sentralforbund. (2019, 4.april). *Ny forskrift om pasientjournal er vedtatt og innføres 1. juli 2019*. Hentet 11.mars 2021 <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/helsetjenester/ny-forskrift-om-pasientjournal-er-vedtatt-og-innfores-1.-juli-2019/>
- Laugaland, K., A. & Aase, I. (2019). *Utdanningene må ta sykepleiedokumentasjon alvorlig*. Dagens Medisin. Hentet 9. februar 2021 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/12/07/utdanningene-ma-ta-sykepleie-dokumentasjonen-alvorlig/>
- Lindholm, H. (2007). Den elektroniske pasientjournal. I I. Egerod (Red), *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. (2.utg., s.117-136). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Chattat, R., Koopmans, R., & Engels, Y. (2016). Care Plan Improvement in Nursing Homes: An Integrative Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(4), 1621–1638. <https://doi.org/10.3233/JAD-160559>

- Meld. St. 9. (2012-2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/en-innbygger---en-journal/id2480065/>
- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Molven, O. (2015). Helsepersonellens rettigheter og plikter. I Grov, E.K. & Holter, I.M. (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, (5.utg., s. 339-359). Cappelen Damm Akademisk.
- Naustdal, A.-G. & Nettelund, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning* 7(3). 270-277.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0133>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke, en innføring i sykepleierens etikk* (2.utg). Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 11.mars 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Dokumentasjon og planlegging av sykepleie*. Hentet 15.mars 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/dokumentasjon-og-planlegging-av-sykepleie>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K, Torheim, H. (2016). Stressa som sykepleiere i kommunene. *Sykepleien* 104(3). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777
- Olsen, R. M., & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien. I Hellesø, R. & Olsen, R., M. (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten- en arbeidshverdag i endring* (s.113- 130). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjournal>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder*. Fagbokforlaget.
- Prop. 65 L (2019-2020). *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-65-l-20192020/id2696053/?ch=2>

- Regjeringen. (2016, 5.mai). *Elektronisk pasientjournal*. Hentet 9.april 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/elektronisk-pasientjournal/id2480061/>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 53-65). Gyldendal akademisk.
- Rotegård, A. K, Solhaug, M., Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I Grov, E. K. & Holter, I.M. (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, (5.utg., s. 244- 270). Cappelen Damm Akademisk.
- Shiells, K., Diaz Baquero, A. A., Štěpánková, O., & Holmerová, I. (2020). Staff perspectives on the usability of electronic patient records for planning and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 20(1), s.1–14. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01160-8>
- Tuinman, A. S., 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). Cappelen Damm Akademisk.
- VAR Healthcare. (u.å). *Kvalitet og trygghet for pasientene med VAR*. Hentet 9.april 2021 fra <https://www.varhealthcare.no/var/no/om-oss/article.action?contentId=106546>
- World Health Organization. (u.å). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Hentet 1.februar 2021 fra <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-for-nursing-practice>