



**Høgskulen
på Vestlandet**

EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling –
Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17. kl. 14.00

Kandidatnr.: 564

Antall ord: 8 997

Å GJERE DET USYNLIGE SYNLIG

- Ein litteraturstudie om dokumentasjon av kroniske sår i heimetenesta

Høgskolen på Vestlandet

Avdeling for helsefag

Bachelorutdanning i sjukepleie

Kull 2014

Antall ord: 8 997

Sammendrag

Tittel: Å gjere det usynlige synlig: Ein litteraturstudie om dokumentasjon av kroniske sår i heimetenesta

Bakgrunnen: Det skjer stadig ny utvikling i helsetenestene. I kommunale helsetenester ser ein auke i pleietrengande. Presset på å gje god kvalitet i pleie aukar stadig. Av diagnosar ein ofte ser i heimetenestene er kroniske sår ofte dominerande. Omlag 2% av befolkninga vil i løpet av livet utvikla eit kronisk beinsår og 0.6% har til kvar tid eit kronisk sår. Sjølv om ein har eit godt lovfesta grunnlag for når, kva og korleis ein skal dokumentera, viser studiar at dokumentasjon i pleia og dokumentasjon av sår er ofte sparsam og ikkje svært konsis.

Problemstilling: *«Er måten ein dokumenterer kroniske sår i heimesjukepleia med på å fremja god sårbehandling?»*

Hensikt: Med denne oppgåva skal fokuset vera på korleis dokumentering i heimesjukepleia er. Meir spesifikt korleis dei dokumentere kroniske sår. Den skal holde eit teoretisk perspektiv som med analyse og drøfting av forskning og litteratur kaste lys over dette temaet. Målet blir å utforske forholdet mellom dokumentasjon og heimesjukepleie og sjå dette i samanhengen med sårbehandling.

Metode: Eit systematisk litteratursøk har blitt gjennom gått og aktuelle artiklar gått igjennom og sjekka for relevans for problemstillinga. Av dei som innfridde kriteria på relevans, signifikans, tidsperiode og språk vart fem hovud artiklar presentert. Det blir presentert ein del artiklar og rapportar basert på same søk i drøftinga for å underbygge problemstillinga.

Funn: Studien viser at det er store manglar når det kjem til å dokumentera nøyaktig og fullstendig, både når det gjelder sår og generelt. Det viser seg at ein har behov for gode retningslinjer i dokumentering og behandlinga av sår i heimesjukepleia.

Konklusjon: Sår dokumentasjon viser seg og vera unøyaktig og lite fullstendig. Ein kan sjå dette i samanheng med at ein manglar gode evidensbaserte retningslinjer på korleis ein skal dokumentera sår. Bruken av mobilar i dokumentasjon/vurdering av sår har vist eit stort potensiale når det kjem til å dokumentering på grunn av standardisert språk og format, men ein manglar også her retningslinjer. Dokumentasjon er ein essensiell del av kvalitetssikring, men ein ser ofte dårlig dokumentasjon. Ein kan dermed sjå at kvalitetssikringa i sårbehandling ikkje er god.

Nøkkelord: Dokumentasjon, kroniske sår, Ikkje helande sår, sårbehandling, Sårpleie, pasient journal, Fullstendighet, nøyaktighet, Heimesjukepleie, elektroniske pasient journal, kvalitet, kvalitetssikring og sjukepleie.

Abstract

Title: Making the invisible visible: A literature study on documentation of chronic wounds in home care

Background: There are constantly new development in health services. In municipal health services there are and will be a great increase persons in need of care. The pressure to be able to give good quality care will thereby also increasing. One of the diagnoses you often see in the home care settings are chronic wounds. Approximately 2% of the population will in the course of their life develop a chronic leg wound and 0.6% have at any given time a chronic wound. Even though we have an excellent statutory basis for when, what and how one must document, the studies show that documentation in general and in terms of ulcers is often sparse and not very consistent.

Research question: *“Is the way we document chronic wounds in home care adequate enough to promote good wound management?”*

Aim: This thesis will focus on how documentation in home care is and more specifically how they document chronic wounds. It should keep a theoretical perspective during the analysis and discussion of research and literature to shed light on the research question. Its main goal is to explore the relationship between documentation and municipal health services and how this applies to wound management.

Method: A systematic literature search has been completed. The results reviewed and selected articles gone through and checked for relevance to the research issue. Of those who met the criteria of relevance, significance, time period and language, five main articles where chosen and presented. There will be presented additional articles and reports based on the same litterateur search to support statements and shed light on the research question.

Findings: The study shows that there are vast deficiencies in terms of documenting accurately and lacking completeness, in terms of wounds and in general. There are needs for good guidelines in documentation and the treatment of wounds in home care settings.

Conclusion: Wound documentation is inaccurate and incomplete. The lack of good evidence-based guidelines on how to document wounds is often the result of this. The use of mobile in documentation/assessment of wounds has shown great potential, due to standardized language and format, but also here we lack guidelines. Documentation is an essential part of quality assurance, but one often see poor documentation, thus quality assurance in wound treatment is inadequate.

Keywords: Documentation, chronic wounds, non-healing wounds, wound management, Wound care, patient records, electronic patient records, Completeness, home care, quality, assurance and nursing

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Presisering og avgrensing	1
1.4 Avklaring av omgrep	2
1.4.1 Dokumentasjon	2
1.4.2 Kroniske sår	2
1.4.3 Heimesjukepleie	2
1.5 Oppgåva si disposisjon	2
2.0 Teori	3
2.1 Teoretisk perspektiv	3
2.1.1 Kvalitet	3
2.2 Dokumentasjon	4
2.2.1 Ei lovfesta plikt	4
2.2.2. Sjukepleieprosessen	5
2.2.3 Elektronisk pasient journal	6
2.3 Kroniske sår	7
2.3.1 Dokumentasjon og sår	7
2.4 Heimesjukepleie	8
2.4.1 Dokumentasjon og heimesjukepleie	9
3.0 Metode	10
3.1 Kvar er metode	10
3.1.1 Metode kritikk	10
3.2 Litteraturstudie	11
3.3 Litteratursøk	11
3.4 Kjeldekritikk	12
3.5 Forskingsetikk og etiske vurderingar	12

4.0 Resultat	14
4.1 Artikkel I	14
4.2 Artikkel II	14
4.3 Artikkel III.....	15
4.4 Artikkel IV.....	16
4.5 Artikkel V	16
4.6 Hovudfunn	17
5.0 Drøfting	18
5.1 Dokumentering i heimesjukepleia.....	18
5.1.1 Dokumentering i heimesjukepleia er dårlig og medfører dårlig behandling av pasientar	18
5.1.2 Teknologien vil betre dokumentasjonen	19
5.2 Dokumentering av kroniske sår	20
5.2.1 Dokumentasjonen av sår er ufullstendig og fører til dårlig kvalitet i pleia	20
5.2.2 Det er ingen retningslinjer.....	21
5.2.3 Det er stort potensiale i bruk av elektroniske verktøy, men det er dårlig implementert i Noreg.....	22
5.3 Kvalitetssikring av sårbehandlinga	24
5.3.1 Det er ikkje nokon god kvalitetssikring	24
6.0 Konklusjon.....	26
Litteraturliste.....	27
Vedlegg.....	I
Vedlegg I: Tabell Søkeprosess	I
Vedlegg II: Sjekkliste artiklar.....	II

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Det er omlag 2% av befolkninga som i løpet av livet få eit kronisk beinsår og omlag 0.6% har til kvar ei tid eit kronisk sår. Denne frekvensen aukar med alderen (Langøen & Gürgen, 2012, s. 253). Såra blir i all hovudsak behandla i dei kommunale helsetenestene av mange forskjellige personar. Behandlinga er som oftast retta primært mot såret og mange pasientar har sjeldan fått ein skikkeleg undersøking av lege. Dei har då heller ikkje fått ein etiologisk sårdiagnose som betyr at ein ikkje veit årsaka til såret (Ingebretsen & Storheim, 2016, s.384). Det kan då tenkast at for å sikre kvalitet, kontinuitet og godt samarbeid i sårbehandlinga er god dokumentasjon essensielt.

Mi interesse for sår kom ganske fort då eg byrja å læra om det under mi utdanning. Eg har fått jobbe med ulike problem innanfor sår i praksis og jobb i heimeteneste. I tillegg hadde eg 3 månader med praksis i Kamerun, der sårstell var ein stor del av praksisen. Det eg oppfatta då eg arbeidde saman med sjukepleiarar i stell av sår, var at det var stor variasjon i korleis arbeidet blei utført. Dette gjeld spesielt på kva nivå ein dokumenterer såret og det arbeidet som var gjort på såret. Dette gjorde at ynskjer å kaste ljós over dette temaet.

1.2 Problemstilling

«Er måten ein dokumenterer kroniske sår i heimesjukepleia med på å fremja god sårbehandling?»

1.3 Presisering og avgrensing

Eg vil i denne oppgåva sjå nærare på korleis dokumentasjonen i behandlinga av pasientar som har kroniske sår kan påverke behandlingresultatet. Eg veit at av egne erfaringar i frå arbeid og praksis i heimeteneste at det er eit stort sprik i kva metode vert nytta. Og på grunnlag av problemstillinga mi så søker eg å danne eit bilete på kva måte dokumentasjon i sårbehandling blir gjort og kva nytte dette kan ha får pasientar med kroniske sår.

Eg tar utgangspunkt i alle pasientane er diagnostisert av lege, årsaka er avgjort og type sår er avklara. Såra som blir omtala her vil vera kategorisert som kroniske ikkje lækjande sår.

Dokumentasjon vil bli drøfta i generell forstand som omgrep og dei forskjellige variantane for dokumentasjon knytt til pasient behandling. Oppgåva vil omhandle pasientar som har tiltak på heimesjukepleie i den kommunale helsetenesta primært, men for å kunne danne eit godt bilde på sår dokumentasjon dreg eg inn prinsipp frå sjukehus settingar.

1.4 Avklaring av omgrep

1.4.1 Dokumentasjon

Dokumentere, føre bevis, særleg ved hjelp av dokumenter; gi belegg, dokumentasjon.

(Dokumentasjon, 2009, Snl.no)

Sjuepleiedokumentasjon er dokumentasjon som er med på å gje sikkerheit til pasienten, gje kontinuitet og kvalitet i sjukepleietilbodet, lette kommunikasjon mellom helseprofesjonelle, pasientar og pårørande, synleggjere faglig ansvar, gje grunnlag for leiing og ressursstyring og vera eit utgangspunkt for undervisning og forskning (Dahl & Skaug, 2014, s.21).

1.4.2 Kroniske sår

Kroniske sår kan definerast som sår som har svikta i å gå igjennom den anatomiske, punktlege og ordentlege prosessen i å reparere seg sjølv over ein periode på tre månader (Dealey, 2012, s. 127).

Nokre kroniske sår oppstår over tid på grunn av underliggande årsaker. Dette gjelder eksempelvis venøse leggsår som oppstår pga. venøs insuffisiens. Andre kan oppstå akutt, men viser seg å ikkje gro, eksempelvis på grunnlag av infeksjon (Dealey, 2012, s11).

1.4.3 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er pleie og omsorg som blir utført av helseprofesjonelle, blant anna sjukepleier og helsearbeidarar i heimen til pasientar. Dette gjelder også omsorg til pårørande som bur i heimen. Ein har bevaring av grunnleggande behov som eit primær hovudfokus (Birkeland & Flovik, 2014, s13).

1.5 Oppgåva si disposisjon

Denne oppgåva er strukturert på følgjande måte. Det første kapittelet vil forklare bakgrunnen for temaet mitt, oppgåva si problemstilling med avgrensing og omgrepsavklaring. I kapittel to skal eg trekkje fram eit relevant sjukepleie teoretisk perspektiv, i tillegg til den teori ein trenger for å kaste ljøs over problemstillinga. Kapittel tre vil omhandle metodedelen i oppgåva. Dette innebere forklaring av litteraturstudie, søk og søke metode, kjeldekritikk og etikk. Kapittel 4 skal presentera resultata av artikkelsøket mitt i tillegg, til hovud funn. I kapittel 5 drøftar relevant teori og funn for så å trekkje dette inn i ein konklusjon i kapittel 6. Kapittel 7 inneheld litteraturlista og til slutt vedlegga lagt i kapittel 8.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

Å ha eit teoretisk perspektiv i ei oppgåve kan vera med på å gje oppgåva eit omgrepsapparat som gjer at ein kan identifisere, analysere forstå og forklare fenomen. Teorien og teorien sine omgrep er med på å hjelpe til å tolke kjeldemateriale slike in gjer i eit litteraturstudie. Å nytta teoretiske rammer kan gje ein mogeligheit til å fatte samanhengar i oppgåva ein ikkje ville sett ellers (Thidemann, 2015, s.65-67).

2.1.1 Kvalitet

Når ein ser på kvalitet i helsevesenet er det ikkje å kome utanom å trekkje inn Avedis Donabedian (1922-2000). Namnet hans er blitt synonymt med kvalitet i medisinsk pleie. Han var med på å skape klare definisjonar og skapte grunnlaget for kvalitetsvurdering og kvalitetssikring. (Donabedian, 2003). Donabedian var heilt sikker på at kvalitet kunne målast og definerast på ein heilt presis måte. Donabedian har eit ynskje om å trosse persepsjonen at kvalitet som omgrep er diffust og vanskeleg å måle. Donabedian viser i sin litteratur (1980, s.79) 3 hovud aspekt som er essensielle for å forstå, drøfte og evaluera kvalitet. Dette er med på å skape ein presis forståing og evne til å evaluera omgrepet. Aspekta er:

1. Strukturaspektet. Dette handlar om det organisatoriske. Korleis ein organiserer ein avdeling på eit teknisk- og/eller fysisk-nivå. Om det er nærvær av lærings- og forskingsfunksjonar. Kva resursar har ein har, både menneskelige og materialistiske.

Strukturaspektet handlar om korleis forholda er der pleie blir utført. Dette er eit av dei viktigaste poenga for å kunne sikre god kvalitet. Har ein god struktur, eit godt system og rikeleg tilgang på ressursar vil ein oppnå dette. Det vil også vera ein føresetnad at ein har eit godt kompetansenivå, god organisering og mykje kapasitet hjå helsepersonellet på avdelinga.

2. Prosessaspektet. Dette omhandlar tiltaka og handlingane som er involvert i ei helseteneste. Det går på meir enn berre tiltak og behandling, men og på relasjonen mellom pasient og behandlar, førebygging av komplikasjonar og kunne gje riktig diagnosar.
3. Resultataspektet. Her skal ein kunne dokumentere at det ein gjer faktisk fungera. Vise til at prosessen har hatt ein effekt på utfordringane, det vil seie om behandlinga har fungert.

Det blir i seinare litteratur påpekt at tolkinga av teorien har vert vidt nytta, men ofte også feil tolka. Aspekta er ikkje attributta av kvalitet, men snarare typar informasjon ein skaffar seg på grunnlag av om kvalitet er god eller ikkje (Donabedian, 2003, s.47)

Det å kunne kvalitetssikre arbeidet er ein viktig del i teoriane til Donabedian. Han seier at kvalitetssikring betyr alle handlingar som etablerer, vernar, promoterer og forbetrar kvaliteten av pleia. Det blir påpeka at ein kan strengt talt aldri garantere nokon form for kvalitet, men ein kan kun auke sannsynet for at pleia blir god eller betre. På grunn av at ein ikkje kan garantere dette, er Donabedian kritisk til omgrepet kvalitetssikring. Ein skal heller kalle det forbetring eller kontinuerlig forbetring av kvaliteten (Donabedian, 2003, s. XXIII-XXIV).

2.2 Dokumentasjon

2.2.1 Ei lovfesta plikt

Det vil alltid vera ein utfordring for sjukepleiarar å ta omsyn til alle aspekta ved å dokumentera sitt arbeid i ein hektisk arbeidsdag. Dette er mykje på grunn av at reglane for dokumentasjon er sterkt regulert av mange komplekse, fragmenterte og omfattande lover og forskrifter. Dei omhandlar spesifikke reglar, reglar som er generelle og meir skjønsmessig utforma (Heggdal, 2006, s.80). Lov- og forskriftstekstar som omhandlar dette blir godt lista opp vidare i Heggdal (2006 s. 80-81). Dei følgjande lovene og forskriftene er nokon av dei som omhandlar sjukepleiedokumentasjon og plikt:

Lover:

- Forvaltningsloven (10.02.167 fv1.)
- Kommunehelsetenestelova (19.11.1982 nr.66 khl.)
- Menneskerettighetsloven (21.09.1999 nr.30 mnskrl.)
- Specialisthelsetjenesteloven (02.07.1999, nr.61, sphlsl.)
- Pasientrettighetsloven (02.07.1999, nr.63, pasrl.)
- Helsepersonelloven (02.07.1999, nr.64, hlspl.)
- Personopplysningsloven (14.04.2000, nr.31 popplyl.)
- Helseregisterloven (18.05.2001, nr.24 hlsregl.)
- Pasientskadeloven (15.06.2001, nr.53, passkl.)

Forskrifter:

- Personopplysningsforskriften (15.12.2000, nr.1265)
- Pasientjournalforskriften (21.12.2000, nr. 1385)

I frå Helsepersonell loven §39 og §40 (2001) kjem det klart fram at alt helsepersonell har plikt i å dokumentera relevante og nødvendige opplysningar om pasienten og den helsehjelpen, samt dei opplysningar som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsett i lov eller i medhald av lov. Opplysningar angående pasienten skal samlast i ein pasientjournal. I helse- og omsorgsdepartementet si Forskrift om Pasientjournal (2001) står det at ein pasientjournal er samstilling av registrerte opplysningar om ei pasienten og den helsehjelpa hen tar i mot. Pasient opplysningane og dei helseopplysningane som ein har skal registrerast elektronisk, jf. Forskrift om IKT-standardar i helse- og omsorgstenestene (2015).

Sjukepleiedokumentasjonen vil vera med som eit verktøy til å bedømme om behandlinga har ønska verknad og kvaliteten. Dette vil også føra med seg kvalitetssikring i arbeidet ved at ein får samanlikna konsekvensen av pleia opp mot faglige standarar. Dokumentet bør i størst mulig grad avspegle helsehjelpen som er utført, konsekvensen av våre handlingar, men også dei planlagde tiltaka (Heggdal, 2006, s.18).

2.2.2. Sjukepleieprosessen

Som tidlige nemnt frå Vabo (2014, s.28) og Helsepersonell lova (§39) er det ei plikt og dokumentasjon har mange funksjonar. Det som er skal dokumenterast blir klart presisert i Pasientjournal forskrifta (2000) og for sjukepleiarar skal helsehjelpa og sjukepleie dokumenterast i elektroniske pasientjournal systema (Vabo, 2014, s.73). Korleis ein skal gå fram med å planlegge helsehjelp og utarbeide ein behandlingsplan så blir det anbefalt å bruke sjukepleieprosessen som ein teoretisk metode i arbeidet. Dette blir også understøtta av Norsk sjukepleieforbund. Prosessen er så effektiv at den har danna rammeverk for oppbyggingen av elektroniske pasientjournal system. I frå Vabo (2014 s. 79) får me lista opp dei delane som er med i sjukepleieprosessen i rekkefølge som følgjer prosessen si gang:

1. *Samle data og kartlegge ressursar og behov eller problem.*
2. *Definera behov eller problem i forhold til behandlinga.*
3. *Definera mål for behandlinga for å dekke behovet eller løyse problemet.*
4. *Iverksette tiltak med hensyn til behandling for å nå målene.*

5. *Evaluerer tiltaka, og enten endre disse, eller ved oppnådd målsetting, avslutte dem.*

2.2.3 Elektronisk pasient journal

I Pasientjournal forskrifta (2000) står det at alle verksemdar som yter helse må oppretta eit pasient journal system. Pasientjournalar skal omhandle den helsehjelpa ein pasient får i tillegg til ein samanstilling av opplysningane rundt pasienten som er relatert til helse. Forskrift om IKT-standarar i helse og omsorg (2015) seie i §3 at all helse- og behandlingsrelaterte register skal førast elektronisk.

Etter at samhandlingsforma blei presentert i Stortingsmeldinga nr. 47, blei det omfattande endringar på korleis helsetenestene skulle organiserast her i landet. Ein skulle ha pasienten raskt ut frå sjukehuset og vidare behandlinga skulle no gjerast i pasientens heimekommune. Dette byr på fordelar som at det bli færre netter på sjukehus, men skapa nye utfordringar når det kjem til tett oppfølging og samhandling etter utskriving. Samhandlingsreforma medførte då store krav til korleis ein no skulle kunne utveksle og overføre informasjon for å sikre god samhandling og kvalitet i arbeidet mellom dei som er med i arbeidet rundt pasienten (Vabo, 2014, s.104).

Ein elektronisk pasientjournal (EPJ) er ei samling med pasientrelatert informasjon som er i elektronisk form og har høve til å bli lagra ved fleire eller berre eit datasystem, avhengig av kven som treng tilgang. Det er berre helsepersonell som skal kunne loggføre pasientjournalar. Kvar pasient skal ha sin eigen journal i den enkelte helseinstitusjon. Dette vil medføre at pasientjournalen blir eit essensielt fleirfagleg og tverrfagleg verktøy (Vabo, 2014, s.106).

Fordelar ved å bruke EPJ er at det er gjev mogelegheiter for å kunne holda pasientrelaterte opplysningar samla og kunne presentere dei. Det gjev godt grunnlag for tverrfaglig kommunikasjon mellom dei forskjellige faggruppene som er med i behandlinga. Det vil også fremja kommunikasjonen mellom kommunen, sjukehus og fastleger. Dette kriteriet var svært viktig i samhandlingsreforma. Dette vil vera med på sikre god flyt i informasjonsgangen. Samla vil dette gje gode resultat for pasienten også. Pasienten skal ideelt sett sjå meir brukarmedverknad, økt pasienten sikkerheit og meir kvalitetssikring i arbeidet. Omsorgssituasjonane og behandlinga blir gjennom bruken av EPJ meir heilskapleg. (Vabo, 2014, s.131).

2.3 Kroniske sår

Å meistre livet med ein kronisk sjukdom er ikkje lett. Det vil alltid påverke livet på ein eller annan måte. På same måte som Crohns sjukdom vil påverke tarm systemet og Kols vil påverka lungene vil det også medføre stor belastning på livet til pasienten. Dette gjelder også kroniske sår (Langøen & Gürger, 2012, s.253). Sår oppstår på grunn av samanbrot av huda si normale struktur på grunnlag av indre patologiske årsaker eller det kan oppstå på grunn av traume som blir påført frå utsida. Ein kombinasjon av begge desse årsaka er også svært vanlig, som eksempelvis diabetiske fotsår, trykksår og leggsår (Ingebretsen & Storheim, 2016, s.381).

Det er estimert at opptil 2% av befolkninga vil i løpet av livet sitt få eit kronisk beinsår. Førekomsten stig gradvis med alderen og statistisk har kvinner ein større tendens til å utvikle sår. Det er til ein kvar tid ein prevalens på omlag 0.6% i befolkninga som har eit kronisk leggsår (Langøen & Gürger, 2012, s.253).

2.3.1 Dokumentasjon og sår

For å kunne ha noko som helst grunnlag for bedømming av eit kronisk sår sin progresjon er det alt avgjerande å dokumentere. Dokumentasjonen må vera nøyaktig og presis slik at alle som er med i behandlinga har eit felles grunnlag for å forstå såret sin gang og vidare behandling. Viss ein ikkje oppnår desse kriteria, ser ein at pasienten får ein behandling som er prega av lite kontinuitet og forskjellige behandlingsformer frå forskjellige helsepersonell. Dokumentasjon er ein vesentlig del av det å kunne gje kontinuitet i behandlinga. Kroniske sår vert i stadig mindre grad behandla ved sjukehus. Ansvar er flytta til dei kommunale helseteneste. Her oppstår det ofte problematikk i pleia av såret på grunnlag av mange forskjellige arbeidstider og lite koordinering av pleia til pasienten. Dette vil medføre at det blir lite kontinuitet i pleia av såret (Lindholm, 2012 s. 390). Viss det vert mykje variasjonar i korleis behandlinga vert gjennomført kan dette vera svært uheldig og kan synka sårtilhelinga (Ingebretsen & Storheim, 2013, s.378) I frå Dealey (2012, s.85) får me presentert The European Tissue Repair Society (ETRS) sin utale om korleis sår skal dokumenterast.

1. *Adekvat og nøyaktig dokumentasjon av alle pasientar med sår skal førekome. Dette må inkludera informasjon om pasienten, kjerne informasjon om såret og tidligare registrert sår data viss dette aktuelt.*
2. *Kjerne informasjonen om såret skal målast minst ein gong i månaden og skal inkludera:*

A) Sår størrelse basert på: I. Sporing av sårkant. II. Målingar III. Fotografiar

B) Sårbotnen si farge (svart, grønn, gul, rosa, red): I. %prosent andel av såret. II. Fotografi

C) Måling av djupna i såret.

D) Omkringliggende hud: I. Frisk hud. II. Skada hud.

E) Eksudat – Komposisjon og mengde. I. Ingenting. II. Normalt. III. Overflod.

F) Smerte – I. Kontinuerlig. II. Under sårstell. III. Av og til.

G) Ein evaluering av behandlinga si effekt med måling basert på såret sin status som: I. Helande. II. Statisk. III. Forverring.

H) Grunnen til at såret framleis ikkje gror, eksempel infeksjon. Dokumentert behandlingalternativ.

Det blir påpekt i Kahlil, Cullen, Chambers, Steers og Walker (2013) at ved å følgje desse sår parameterane er det ikkje svært vanskeleg og dokumentere for ein erfaren pleiar. Men ein ser framleis at sjukepleiedokumentasjonen ofte ikkje er konsistent og ofte sparsam. Det blir understreka at enkelte faktorar som er med på å påverka dokumentasjonen er avgrensa tid, uerfarne behandlarar, lite bemanning, mangel på resursar, mangel på retningslinjer, avgrensa tilgang til trening i moderne sårbehandling og utdanning. Friman, Wahlberg, Mattiasson og Ebbeskog (2014) gjennomførte ein kvalitativ studie i Sverige som påpekte at mange av sjukepleiarane syntes tida ofte ikkje strakk til i arbeidet rundt sårbehandlinga.

Sårbehandling er ein stor del av dei arbeidsoppgåvene heimesjukepleia har tradisjonelt utført. Elektroniske dokumentasjonssystem av forskjellige typar blir utvikla for dei kommunale omsorgstenestene. Kor mange av dei systema som faktisk er med på å dokumentera sår og sårbehandling er usikkert (Langøen, 2014, s.130).

2.4 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er pleie og omsorg som blir utført av profesjonelle i heimen til ein pasient og pårørende deira. Ein av funksjonane til heimesjukepleia er å vera eit alternativ til institusjonsomsorg. Derfor er fokuset på grunnleggjande behov, velvære, funksjons nivå, helsetilstand svært viktig i behandlingsprinsippa. Pasienten sin oppfatning av sin eigen situasjon er essensielt i dette fokuset (Birkeland & Flovik, 2014, s.15). Det er svært mange faggrupper som arbeider saman i heimeteneste. Dette medfører at det kan oppstå grå soner for

kven som skal gjere kva. Det er da viktig at ein kjenner sitt fagområde som sjukepleiar og er tydlig på dette (Fjørtoft, 2016, s.12).

2.4.1 Dokumentasjon og heimesjukepleie

I heimesjukepleia har ein ofte svært mange forskjellige pasientgrupper der nokon har omfattande behov og andre har små behov. Det er viktig å spørje seg kva som er aktuelt å dokumentera hjå den enkelte pasienten. Det er viktig å dokumentere dei endringane som skjer ved pasientens situasjon og behov. Her blir dei gruppene som har hatt bistand over lang tid ofte gløynde. Det kan sjå ut som det ikkje skjer noko hjå pasienten frå dag til dag, men når ein samlar dokumentasjonen og får eit meir langsiktig perspektiv vil ein kunne fange opp endringar hjå den pasientgruppa (Fjørtoft, 2016, s.184).

I dei aller fleste kommunar har dei no innført elektroniske dokumentasjons program eller er i ferd med å få dette innført. Denne forma for dokumentasjon gjev mange fordeler. Den sparar tid, er lettare å lese, og organiseringa av dei registrerte opplysningane er meir oversiktlige (Fjørtoft, 2016, s.186). Men dette stiller krav til helsepersonell som skal bruke teknologien. Det krevst at ein sett seg inn i og skaffar seg kompetanse for å handtere det. Ein er nøydd å vera aktiv når det gjeld å utvikle og innføre ny teknologi og nye dokumentasjonsrutinar. Og til sjå etter nye moglegheiter, men samstundes vera kritisk (Fjørtoft, 2016, s.187). Den nye teknologien gjev høve til å ta i bruk ny teknologi. Mange kommunar har byrja å ta i bruk personlig digital assistent (PDA), berbare terminalar som har tilgang til dokumentasjonsprogram. Dette gjev sjukepleiaren moglegheit til å dokumentera fortløpande mellom visittane. Arbeidet med å vidare utvikle denne teknologien slik at ein kan sikre effektive løysningar for informasjonsutveksling og samhandling mellom ulike tenester er noko som blir fokusert mykje på (Fjørtoft, 2016, s.187).

3.0 Metode

3.1 Kvar er metode

Metode vil sei ein planlagt framgangsmåte som ofte blir brukt innan filosofi og vitskap som basere seg på grunnleggjande prinsipp og regler (Tranøy, 2014). Metoden seier noko om korleis ein skal greie å teste eksisterande kunnskapar eller om korleis ein kan skape ny kunnskap. Ved å velje ein metode kan ein sikre at den dataen ein samlar inn vil vera strukturert på ein faglig måte som vil kaste ljøs over spørsmålet (Dalland, 2012, s.111)

Å samle inn data er ein sentral del av all forskning. Me kan normale sett skilje mellom to typar data. Ein har kvantitative data og kvalitativ data. Det er som er ein fordel med den kvantitative metoden er at dataen har stor utbreiing. Dette betyr at ein kan sei noko om eksempelvis kor mange kreftpasientar som har smerter. Dataen er som regel basert på tall og datainnsamlinga er svært konkret. Når ein ser på kvalitative metodar og data i forhold til kvantitative kan ein sjå at det tillate ein større grad av spontanitet og tilpassing i interaksjonen mellom forskar og deltakar (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.18). I frå Dalland (2012, s.113) får me presentert ein tabell som kastar ljøs over konkrete forskjellar i korleis kvantitative og kvalitative metodar er orientert. Ein ser at ein søker det gjennomsnittlige i det kvantitative og ein ser etter det særeigne i det kvalitative. Eller korleis ein ser etter breidde i kvantitative og djupna i det kvalitative. Begge metodane bidrar på sin måte til å auke og betre vår forståing av korleis me forstår samfunnet me lever i og korleis me samhandlar med enkelt menneskjer eller grupper og institusjonar.

3.1.1 Metode kritikk

Det er ingen måte å sei at ein metodisk tilnærming er den einaste rette. Ein ser svakheiter og styrker med alle metodar. Der ein metode er svak, kan andre metodar vera sterke og omvendt. Forskarar nyttar ofte kombinasjonar av forskjellige metodar og ein kallar dette metodetriangulering. Dette er med på å skape ein godt nyansert studie, med eit sterkt argument for forskingas resultat (Thidemann, 2015, s.79).

I min studie er det ikkje svært aktuelt å bruke metodetriangulering, men eg ser det som svært positivt når mine utvalde artiklar nyttar det. Det gjev god haldbarheit til funna og resultatata eg brukar vidare i min studie.

3.2 Litteraturstudie

Metoden som blir brukt i denne bachelor oppgåva er eit litteraturstudie. Dette er fordi eg basere min studie på skriftlige kjelder og litteratur.

I ein litteraturstudie er det litteraturen ein skal studera. Ein finner ingen ny kunnskap, men ein basere studien på det som er skrevet om verkelegeheita av artikkelforfattarar (Støren, 2013, s.17). I frå Dalland (2012, s.223) står det at den litterære oppgåve bygger i hovudsak på skriftlige kjelder. Ein bør i startfasen byrja å orientera seg i temaet og sjå kva litteraturen seier på området og gjere seg godt kjend med denne. Gjennom nøyaktige og selektive søk kjem ein fram til litteratur og teori som kan vera med å gjere greie får tematikken og problemstillinga.

Eit litteraturstudie har ingen bestemt mal og kan gjennomførast på forskjellige måtar, men det er framleis visse krav som må vera oppfylt. Det er nøyd å vera ein problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet som blir funnet i søket. Avslutningsvis må det vera ein rapport av prosess og resultat (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015 s.63)

3.3 Litteratursøk

Eg har gått igjennom biblioteket sine heimesider og nytta fagressursane der. Det systematiske søket som er eit krav i korleis ein gjer eit litteraturstudie kjem til å bli gjort igjennom databasane CHINAL og PubMed, men eg brukte samtidig SweMed og Google Scholar utan å gjere nokon store funn eller mangel på fulltekst. Søkeorda eg har brukt har omfatta ord på norsk og engelsk, og variasjonar rundt dei. Døme: Documentation, accuracy, completeness, quality, chronic wounds, non-healing wounds, ulcer, wound management, wound care, home care og nurse.

Eg har måtta setta inn avgrensingar i søket for å få eit meir korrekt søk. Dei avgrensingane var tidsrom får publikasjon, type artikkel og tilgang på fulltekst. Tidsrommet måtte vera i mellom 01.01.09 og dagens dato. Artikkelen må vera akademisk skreive og ha klargjort kva metode som er brukt. Eg har ikkje ekskludert nokon artiklar på grunnlag om dei er kvantitative eller kvalitative så lenge dei er med på å kaste ljós over tema og problemstilling.

Kjem til presentere eit vedlegg (8.1 tabell) som viser konkret korleis eg har søkt i tabell form.

3.4 Kjeldekritikk

Når ein ser på forskning er det viktig at ein sett forskinga i eit kritisk lys. Dette handlar om å bruke kjelder på ein reflektert og informativ måte. Dette gjer at ein som forskar har eit godt grunnlag for å trekke haldbare konklusjonar. Det er viktig at ein analyserer, tolkar og vurderer kjeldene slik at ein er sikker at informasjonen ein tek med seg vidare er haldbar (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne 2015, s.63).

Det første eg ser etter når eg skal velje ein artikkel er innhaldet i tittelen og abstrakta. I frå dette dannar eg meg eit bilete på kvifor, kven og kva som er målet med artikkelen. Det er viktig og danne seg eit bilete på om artikkelen er truverdig med tanke på faglige svakheiter og om artikkelen er gjeldande for min problemstilling. Det å finne ein artikkel som passar perfekt til problemstillinga mi viste seg å vera ein utfordring. Det blir påpeka i fleire av artiklane eg har lest at det er svært lite forskning på dokumentasjon og den forskinga som er gjennomført er svært gammal. Dette er noko eg har prøvd å ta høgde for i mine val av artiklar, med eit absolutt krav om at ingen artikkel skal vera eldre enn 10 år. Men eg ser relevans for den eldre forsking då den har slutningar som er framleis aktuelle i dag og stemmer med artiklar frå nyare tid. I 3 av studiane som omhandlar dokumentasjon har i resultat delen like slutningar, noko som er med å validere forskinga. Når det kjem til å finne teori i bøkene prøver eg å finne det som er det nyaste innan feltet og prøver å finne primærlitteraturen. Der det er brukt sekundærlitteratur er det fordi det viser seg vanskeleg å oppdrive primærkjelda. Det er geografiske forskjellar i korleis ein fører dokumentasjon og dette må eg ta høve for når eg vel litteratur. Eg har internasjonal forskning med i denne oppgåva fordi eg ser at resultatet har relevans for oppgåva si problemstilling.

Som vedlegg vil eg leggja ved eit eksempel på korleis ein kan gjennomgå sjekklister for å gjennomgå kritisk analyse av ein forskingsartikkel.

3.5 Forskingsetikk og etiske vurderingar

For å forstå seg på forskningsetikk må ein forstå kva etikk er. Etikk handlar om korleis levereglar eller normer for korleis ein skal handle godt og riktig. Den skal hjelpe og rettleie oss igjennom livet sine mange vanskelige avgjerer. Når ein har etikk i forskning ser ein på planlegginga, gjennomføringa og rapporteringa. Det handlar om å kunne oppretthalde personvern og å etablere truverde av forskingsresultata (Dalland, 2012, s.96).

Eg ser at mine artiklar har dei fleste prosjekta gått igjennom komitear, som blant anna Den nasjonale komité for forskningsetikk i Noreg. I tillegg til å gått igjennom ein komité har dei fått

samtykke av pasientar. I og med at mitt prosjekt ikkje i seg sjølv bruker pasient opplysningar direkte og mine kjelder har gått igjennom gode etiske vurderingar, treng eg ikkje ta høgde for det. Men det eg skal påpeike i mitt arbeid er bruk av referansar og gje påskjønning til dei rettmessige forfattarane.

4.0 Resultat

4.1 Artikkel I

A meta-study of the essentials of quality nursing documentation

(Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010)

Hensikt: Hensikta med denne studien er å setja saman all relevant informasjon om sjukepleiedokumentasjon og presentera dei essensielle aspekt ved kvalitet i sjukepleiedokumentasjonen.

Utval/metode: Det blei gjennomført litteratursøk gjennom databasane CINAHL og MEDLINE. Kriterier for søket er at språket var engelsk og tidsperspektiv var frå 1982 til 2008. Søkorda som blei brukt: attitude, audit, care, culture, documentation, guideline health, in service, legal, liability, medical, nurses, nursing, organizational, patient, personnel, planning practice, quality, records, research, and training. 171 artiklar blei sett på for deira relevans for målet i studien. 28 artiklar blei lest av to forskarar.

Funn/resultat: Data som blei sett på som aktuelt for studien sitt mål blei tatt ut og kategorisert i nøkkelkonsept. Sju hovud prinsipp blei etablert for kva som innebere i god sjukepleiedokumentasjon. Sjukepleiedokumentasjon; **1.** skal vere pasientsentrert. **2.** må innehalde konkret sjukepleiefaglig arbeid, inkludert opplæring og psykisk støtte. **3.** er skrevet slik at det reflekterer kliniske objektiviteten til sjukepleiaren. **4.** Må vera presentert på ein logisk og sekvensiell måte. **5.** Skal bli skrevet fortløpande **6.** skal vise viss det oppstår variasjon i pleia. **7.** følgje alle lovfesta krav.

Konklusjon: Denne artikkelen har undersøkt dags aktuell litteratur, forskingsbevis and lokale retningslinjer for å identifisere sju essensielle komponentar innan god kvalitet i sjukepleiedokumentasjon.

4.2 Artikkel II

Accuracy, completeness and comprehensivness og information on pressure ulscers recorded in the patient record.

(Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors & Ehrenberg, 2013)

Hensikt: Målet ved denne studien er å beskrive nøyaktigheit, fullstendigheit, heilskap av informasjonen som bli dokumentert i pasient journalar.

Utval/metode: Det blei gjennomført ein deskriptiv tverrsnitt studie på 29 avdelingar i Island. Over 219 pasientar blei inspisert for teikn på trykksår. Av dei vart det funnet n=45 med trykksår av forskjellige grader.

Resultat: Prevalens for trykksår var 21%. Informasjonen som vart samla viste store manglar når det kom til nøyaktigheit, fullstendigheit og kor omfattande dokumentasjonen var. Kun 60% av dei som vart identifisert med trykksår hadde blitt dokumentert i journalane. Av dei forskjellige gradene av trykksår var det Grad 1 (skala: 1 til 4) trykksår som var dårligast dokumentert.

Konklusjon: Pasienten sin sikkerheit, kontinuitet og kvalitet i pleia er i risiko for å bli for dårlig når dokumentasjonen ikkje er adekvat. For å kunne forbetre informasjonen som bli samla trengjer ein eit evidensbasert verktøy og retningslinjer. Bruk av elektroniske verktøy har visst stort potensiale i forbetringa av trykksår dokumentasjon.

4.3 Artikkel III

The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records

(Gjevjon & Hellesø, 2010)

Hensikt: Målet med denne studien er å utforske korleis heimesjukepleiarar handterer pasient omsorg i elektroniske pleie journalar og heilskapen i dokumentasjonen deira.

Utval/Metode: Denne studien nytta ein retrospektiv utforming. Studien nytta data i frå 91 pasient journalar. Informasjonen blei analysert i tre fasar: 1. systematisera den utstrukturerte teksten, 2. strukturere teksten etter eksempel av sjukepleieprosessen sine prinsipp, 3. Vurdere heilskapen ved å bruke validerte reiskap.

Funn/Resultat: Dokumentasjonen i heimesjukepleia var prega av å følgje eit tidsperspektiv for når pleiaren utførte handlinga, i staden for å bruke den logiske oppbygginga ein ser i sjukepleieprosessen. Fokuset på dokumentasjonen reflekterte eit klart fokus på pasient medverknad, men paradoksalt var det likevel lite fokus på grunnleggande behov. Det viser ein lite heilskapleg gjennomføring av dokumentasjonen.

Konklusjon: Heimesjukepleiarar tar omsyn til pasienten sin deltaking i dokumentasjonen, men feilar å adressere pasienten sine behov når det kjem til kommunikasjon. Dokumentasjonen er ufullstendig når ein ser det i samanlikning med skritt i sjukepleieprosessen. Studien har sett spørsmål ved om sjukepleieprosessen sine rammer kan vera hemmande for kvalitet i sjukepleiedokumentasjonen.

4.4 Artikkel IV

Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization.

(Friman, Klang & Ebbeskog, 2010)

Hensikt: Målet i denne studien var å undersøke heimesjukepleiaren sin sårbehandling prinsipp, inkludert sår førekomst, tildeling av ansvarsområdet, retningslinjer for sårbehandling og fellesfagleg og tverrfagleg samarbeid.

Utval/metode: Denne studien har ein kvantitativ deskriptiv tilnærming. Data blei samla ved å bruke ein sår registreringsskjema og ein spørjeundersøking. Utvalet av deltakarar var gjort ved tilfeldige prøver. Det blei sendt ut 36 spørjeundersøkingar til heimesjukepleiarar og av dei svara 26. dette gjev respons på 72%.

Funn/resultat: Det som kom fram i studien var at når det kjem til når det kom til sår førekomst var det dominert av traumatiske sår. Det var opp i mot 40% av dei aller fleste sår var ikkje skikkelig diagnostisert. Det er stor lønnsemd i eit tverrfaglig arbeid i sårbehandling, men det finnes ingen gode definisjonar i retningslinjene for ansvarsområder mellom arbeidsgruppene. Avgjørslar når det kjem til sår handtering blir i all hovudsak sjukepleiar sitt ansvar.

Konklusjon: Denne studien har prøvd å skape innsikt i heimesjukepleiarar sine sårbehandling prinsipp og korleis ein samarbeider i behandlinga av sår. Studien viser at utviklinga i sårbehandlinga i distrikta er svært sakte gåande. Det viser også at det er organisasjons manglar og ikkje-adekvat rutinar for samarbeid i pleia. Dette går utover pasient pleia.

4.5 Artikkel V

Electronic versus paper record: documentation of pressure ulcer data

(Tubaishat, Tawalbeh, Azzam, AlBashtawy & Batiha, 2015)

Hensikt: Denne studien skal samanliknar nøyaktigheit og fullstendigheit av trykksår som er dokumentert enten elektronisk eller ved bruk av papirregister.

Utval/metode: Dette er ein deskriptiv, samanliknande studie med retrospektiv gjennomgang av pasient data. To sjukehus blei selektert bevisst med grunnlag i korleis dei handtere dokumentasjon av trykksår. Det eine sjukehuset brukte elektroniske dokumentasjon og det andre brukte papir dokumentasjon. Metoden var i første del å inspisere pasientar (over 18år) ved begge sjukehus for trykksår. I del to blei all trykksår relatert data gjennomgått ved begge sjukehusa.

Funn/resultat: Av dei 52 pasientane med trykksår ved det sjukehuset som brukte elektronisk dokumentasjon var 43 av pasientane sine trykksår dokumentert (83%). Ved sjukehuset som brukte papirdokumentasjon var det 55 pasientar med trykksår og 39 av desse hadde fått dokumentert trykksåret (71%).

Konklusjon: Når ein ser på nøyaktigheita og fullstendigheit, så såg ein meir omfattande dokumentasjon rutinar på sjukehuset som brukte elektroniske helse register samanlikna med sjukehuset som brukte papirregister. Men det kom fram i studien at det var store manglar ved begge systema for dokumentasjon av trykksår.

4.6 Hovudfunn

- Sju hovud essensielle tema innanfor korleis ein gjennomfører god sjukepleiedokumentasjon.
- Kvaliteten i dokumentasjon har potensiale til å betre pasienten sitt sjukdomsbilete.
- Det er svært ofte manglande retningslinjer i og rundt arbeidet med sårbehandling. Dette må på plass for å unngå dårlig kontinuitet og feilbehandling.
- Eit tverrfaglig samarbeid er bra i sårbehandlinga, men mangel på rutinar for samarbeid har vanskeleggjort dette.
- Sjukepleietiltak blir hyppig dokumentert, men er ofte ustrukturert og ikkje knytt til nokon systematisk plan.
- Mangel på informasjonskvalitet og standardisering i dokumentasjon av pasienten sin tilstand og pleie, kan ha alvorlege følgjer for kvaliteten og sikkerheita i pleia.
- Dokumentasjon av trykksår er lite nøyaktig og ufullstendig.
- Bruk av standardisert dokumentasjon i form av dokumentasjonsmaler viser til å betre utfall for trykksår.
- Elektronisk føring av risikovurdering og sårbehandling har klare fordeler framfor papirversjonen då dette tilbyr ein meir utarbeida standard.

5.0 Drøfting

5.1 Dokumentering i heimesjukepleia

5.1.1 Dokumentering i heimesjukepleia er dårlig og medfører dårlig behandling av pasientar

For å gjere greie for kva som faktisk inngår i det som verta kalla god og heilskapleg sjukepleiedokumentasjon og ikkje berre dokumentasjonen si tyding som bevis og kvalitetssikring, vil eg trekkja inn Jefferies, Johnson og Griffiths (2010) sin studie. Denne studien har som resultat sju hovudprinsipp som er fundament for å gje god kvalitet i sjukepleiedokumentasjon. I motsetjing til norske lover og forskrifter gjev desse prinsippa ei mykje djupare utgreiing om kva som inneber i god kvalitet i dokumentasjon. Vidare i Jefferies et al. (2010) blir det konkretisert at for å kunne oppnå eit betre utfall for pasienten sitt sjukdomsforløp ser ein at sjukepleiedokumentasjonen har ein heilt klar tilknytning. Idealet for sjukepleiedokumentasjon som blir presentert her er at sjukepleiedokumentasjonen skal vera pasientsentrert, må innehalde konkrete sjukepleiefaglege arbeid, er skreve slik at det reflekterare den kliniske objektive bedømminga av sjukepleiaren, er presentert på ein sekvensiell og logisk måte, er skrevet fortløpande, variasjonar i behandlinga blir dokumentert og følgjer alle stadfesta lover og forskrifter.

Det er gjort ein studie av Gjevjon og Hellesø (2010) som ser på korleis norske sjukepleiarar i heimesjukepleia dokumenterer si teneste. Som det første hovudprinsippet i frå Jefferies et al. (2010) sin studie som påpeika at dokumentasjon må vera pasientsentrert, blir dette understreka av Gjevjon og Hellesø (2010) sin studie at det er noko som er blitt meir fokusert på i dokumentasjonen til heimesjukepleiarar i nyare tid. Men sjølv om ein ser at dokumentasjonen er blitt meir pasientsentrert ser ein framleis at sjukepleiarar har tendens til å ufullstendig dokumentera pleia generelt og når det gjelder spesifikke observasjonar, spesielt innanfor grunnleggande behov som kommunikasjon. Det kan tenkast på grunn av denne studien at dokumentasjon av spesifikke tiltak og pleie innan sår er moglegevis ufullstendig.

Når me som helsepersonell utfører helsehjelp har me ei overordna hensikt med vår dokumentasjon og det er at ein skal sikre kvalitet, kontinuitet og sikkerheit gjennom sjukdomsforløpet. Dette blir stadfesta i Helsepersonell lova kapitel 8, §39 til §48 (2001). Det er 9 lover og 3 forskrifter inkludert IKT-forskrifta som omhandlar dokumentasjon. Som det står i Heggdal (2006, s.80) er lovene svært komplekse og fragmenterte. Det er ikkje alltid like lett å skjønne korleis ein skal ta omsyn til regelverka i konkrete situasjonar (Vabo, 2014, s.47). Det er straffbart å ikkje følgje regelverka, men kan ein i lys av dette skjønne at

dokumentasjonen ikkje så kvalitativ god, men meir for oppfylle ei plikt? I frå Thoroddsen, Sigurjóbsdóttir, Ehnfors og Ehrenberg (2013) sin studie som såg på kvaliteten i sjukepleiedokumentasjon av trykk sår var det store manglar på nøyaktigheit og kor omfattande dokumenteringa var.

Eg har sjølv erfart store variasjonar i dokumentasjon av helse og pasientar, då spesielt frå heimesjukepleia. Eg har ikkje erfart nokon form for standard når det gjeld å dokumentere spesifikke sjukepleiartiltak, både når det gjeld kor mykje ein dokumentere og kva som i det heile vert dokumentert. Dette gjaldt spesielt dei sårbehandlingane eg var med på og gjennomførte.

Ein ser etter grunnar for kvifor sjukepleiedokumentasjonen ikkje er heilskapleg innanfor alle nivå. Dokumentasjonsprogram er i stor grad basert på sjukepleieprosessen sin teoretiske oppbygning (Vabo, 2014, s.106). Det kjem fram i studien til Gjevjon og Hellesø (2010) at sjukepleieprosessen har blitt sett på som rammeverket til heilskapleg sjukepleiedokumentasjon på grunnlag av det vell kjende konseptet som har våre kjent for sjukepleiarar i fleire generasjonar. Men sjølv med grunnlag i dette, kjem det fram i studien at det også er store manglar når det kjem til dokumentering basert på formelen til sjukepleieprosessen.

I frå mine egne erfaringar frå heimesjukepleia vart eg merksam på at det alltid var eit spørsmål om tid. Kor skal ein disponera tida si? Skal ein fokusera på å disponera tida hjå brukaren, eller sørge for å bli ferdig med tiltaka for så å presse på vidare slik at ein kan gje seg god tid med rapport og dokumentasjon? I det omfattande forskingsprosjekt frå Gjertsen, Solvoll og Gjernes (2012) som omhandlar tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstenestene vert mine egne erfaringar understreka. Bakgrunnen for studien er at det har oppstått rapportar som seier at dokumentasjon i arbeidet tar mykje tid som går på kostnad av leiing, fagleg utvikling og pasientar. Dei understrekar min eigen erfaring med at fleire steder i heimetenesta og på sjukeheim er det ofte eit stort tidspress på dokumenteringa av arbeidet, sjølv om dei ser på det som ein svært viktig del i det å kvalitetssikre arbeidet. Dette har resultert i at på ein del arbeidsplassar vert det jobba overtid med å fullføre dokumentasjonen (Gjertsen et al., 2012, s.149).

5.1.2 Teknologien vil betre dokumentasjonen

Når det kom til effektivisering av sjukepleiedokumentasjonen i heimeteneste såg ein at bruk av ny teknologi innan for helse- og omsorgstenestene kan vera til nytte. Eit av dei

teknologiske framstega som allereie er i kraft i store deler av Norge er bruken av PDA eller mobil (Fjørtoft, 2016 s.187). Dette blir understreka av Gjertsen et al. (2012 s.66) kor det blir sagt at bruk av mobil i den kommunale helsetenesta kan bidra med betre dokumentasjon på grunnlag av dokumentasjonen kan bli gjort fortløpande i mellom visittane. Med grunnlag i dette er denne forma for dokumentasjon betre i følge Jefferies et al. (2010) sine 7 prinsipp for god dokumentasjon. Denne forma for dokumentasjon vil falle under det 5. prinsippet som seier at all sjukepleie dokumentasjon må bli dokumentert fortløpande som hendingar skjer for å sikre nøyaktigheit.

Frå eigen erfaring har eg alltid fått tilgang til PDA /Mobil arbeidet, men kor operasjonell den har vert som dokumentasjonsverktøy har vert litt blanda og dei eldre tilsette hadde store vanskar med å tilpasse seg den. Det blir understreka i Fjørtoft (2016, s.187) at for å kunne handtere ny teknologi så må ein tileigne seg ny kunnskap. Viss ikkje så er fare for at det går utover pasienten sin heilskaplege behandling (Vabo, 2014, s.134) I kva grad slike dokumentasjonsverktøy blir brukt av kommunar er ikkje heilt sikkert (Langøen, 2014, s.130). Frå ein fag artikkelen (Bjerga, Gausel, Gilje & Rossavik, 2013) blir det påpekt at personalet trenger tid til å reflektera over dokumentasjonen, undervisning og tid til å læra seg å bruke elektroniske verktøy.

5.2 Dokumentering av kroniske sår

5.2.1 Dokumentasjonen av sår er ufullstendig og fører til dårlig kvalitet i pleia

Krava til å kunne dokumentera den sjukepleia ein utøver blir stadig meir viktig. Ein kan sjå dette i samanheng med Samhandlingsreformen som kom i St.meld. 47 der mykje av behandlingsansvaret som sjukehusa hadde før, vart flytta til den kommunale helsetenestene. Dette setter svært høge krav til god dokumentasjon for å kunne sikre god overføring og utveksling av informasjon. Det vil igjen resulterer i kvalitet og samhandling mellom dei som deltar i arbeidet i rundt pasienten (Vabo, 2014, s.104). Med grunnlag i dette er det trygt å sei at ein bør krevja høg standard i dokumentasjonen generelt og spesifikt.

I studien til Thoroddsen et al. (2013) i frå Island tar sikte på å kaste ljøs over kor omfattande, nøyaktig og fullstendig dokumentasjonen av trykksår er. Studien baserer seg på data henta frå sjukehus avdelingar, men er av relevans for andre områder, som kommunale helsetenester, på grunnlag av at dokumentasjon av sår skjer i relativt lik grad gjennom helsevesenet. Studien gjennomgjekk pasientar (n= 219) ved eit sjukehus. Det vart det funnet 47 pasientar med trykksår (grad 1 til 4). Av dei var berre 60% (n= 27) registrert og dokumentert i journalar. Når

det kom til kor nøyaktig dokumentasjonen var, så kom det fram data som viste at aktivitet/mobilitet (Leie endring, flytting med eller uten assistanse) hjå pasienten var hyppig dokumentert (78%), men når ein ser på dokumentering av kjensle, fukt, ernæring, friksjon/drag og inkontinens var svært mykje lågare (2 til 13%). Det som kom fram i denne studien er dokumenteringa av trykksår er ikkje nøyaktig. Dette sett pasienten sin tryggleik, kontinuitet og kvalitet i pleia i fare. Noko som igjen gjev eit dårlig grunnlag for å kunne evaluera pleia.

Frå Donabedian fekk ein tre aspektar som er involvert i kvalitets teorien (1980 s.79). Viss ein ser forskinga til Thoroddsen et al. (2013) i ljøs av dette kan ein trekkje slutningar om at dokumentasjonen, som er eit viktig del av prosesaspektet, ikkje er god nok og dermed vil ein ikkje kunne oppnå mogelegheit til å evaluera kvaliteten i pleia og sikre den vidare.

Det blir understreka i studien til Li og Korniewicz (2013) at dårlig dokumentasjon av sår ikkje berre er svært belastande i eit helse perspektiv, men også i eit økonomisk perspektiv. Det grunnjevast med at helinga av såret kan bli hemma og ein får forlenga behandlingsperiode, økt smerte, og fare for meir kostnader knytt til komplikasjonar. I Tidsskrift for den norske legeforeininga ser me at det å behandle venøse sår kostar omlag 110 000 svenske kroner per år i Sverige og det er liten grunn til å tru at kostnadene er noko forskjellig i Norge (Slagvold & Stranden 2005). Eg må påpeke at statikken som blir brukt her er svært gammal, men i mangel på ny statistikk bruker eg den for å danne eit bilde på kostnader knytt til sårbehandling, med atterhald for alderen.

5.2.2 Det er ingen retningslinjer

I frå studien til Friman, Klang og Ebbeskog (2010) blir det understreka at svenske heimesjukepleiarar meiner at å ha gode retningslinjer er sentralt i organiseringa av sårbehandlinga og er heilt nødvendig for å unngå feilbehandling av pasientar. Det blir hevda av sjukepleiarane at i praksis er det ofte ikkje implementert nokon form for retningslinjer og dei klandrar dette på leiar- og organisasjons-nivå. Det blir også konkludert i Thoroddsen et al. (2013) at det er eit behov for å implementera gode evidensbaserte retningslinjer.

Thoroddsen et al. (2013) viste i sin studie at dokumentasjonen var lite omfattande og lite nøyaktig. Paradoksalt nok sjølv om fokuset har blitt sterkt heva den siste tida.

Dokumenteringa av utført pleie var ofte gjort, men lite utfyllande. Vurderingar av sår var ofte gitt som munnleg rapport og ikkje dokumentert i den grad ein ynskja. For å kunne forbetre nøyaktigheita og fullstendigheita av dokumenteringa av trykksår i pasientjournalar treng ein

risikovurdering, vurdering og behandling av eksisterande trykksår som er bygger på evidensbaserte retningslinjer. Deretter implementere dette i praksis.

Ein ser eit behov for konkrete retningslinjer for korleis ein sikrar god kvalitet i sårbehandlinga. Dette blir framheva i fleire av studiar (eks: Friman et al.(2010), Thoroddsen et al. (2013) og Li & Korniewicz (2013)). Eg har frå eigen erfaring ikkje blitt presentert nokon form for standardiserte retningslinjer for korleis ein dokumentere kroniske sår i praksis. Sjølv om me i Noreg har Norsk interesse forbund for sårheling (NIFS) som presenterer retningslinjer for korleis ein går fram i behandlinga av forskjellige kroniske sår. Dei referer til eigne utarbeida retningslinjer og andre organisasjonar sine retningslinjer (European pressure ulcer advisory panel).

For å trekke dette inn i teoriane til Donabedian ser ein at det eine aspektet i kvalitet som bygger på prosessen omhandlar at ein kan organisera og strukturere ein avdeling (Donabedian 1980 s.81). Det blir påpekt i frå Friman et al. (2010) at det ofte manglar gode retningslinjer for sårbehandling og det skuldast organiseringa av tenestene. Med grunnlag i dette kan ein sei at vår mogelegheit til å analysere og vurdere kvaliteten i behandlinga ikkje er tilfredsstillande og dermed ikkje godt grunnlag for å kvalitetssikre sitt arbeid.

5.2.3 Det er stort potensiale i bruk av elektroniske verktøy, men det er dårlig implementert i Noreg

Bruk av elektroniske hjelpemiddel i evaluering, behandling og dokumentasjon er blitt stadig meir aktuelt i heimesjukepleia. Fleire kommunar brukar har no elektroniske hjelpemiddel som PDA og mobiltelefoner (Fjørtoft, 2016, s.187) men manglar på retningslinjer for bruk av elektroniske verktøy i sårbehandlinga kan medføre at det ikkje blir brukt optimalt. Langøen (2014, s.144) påpeker også at elektroniske hjelpemiddel er tilgjengelig, men ein er usikker i kva grad dette faktisk blir brukt. Frå min eigen erfaring har eg brukt mobil i pleie av kroniske sår, men det var i stor grad basert på fotografering av såret og ein kort stadfesting på utført pleie ift. prosedyre.

Ein studie frå Tubaishat, Tawalbeh, Azzam, AlBashtawy & Batiha (2015) som såg på forskjellane mellom bruken av EPJ og papirdokumentasjon kom det fram at det framleis store manglar når det gjelder begge formane for dokumentasjon av trykksår. Verktøya som blei brukt i denne studien for å kartlegge og evaluera sår og prevalens kom i frå EPUAP. Det er den same som blei anbefalt av NIFS som retningslinjer for trykksår i Noreg.

Vidare i studien (Tubaishat et al. 2015) viser det også som tidligare vist i andre forskingar, er det generelt dårlig dokumentering av sår. Dette vil medføre ekstra belastning for pasientar og helsevesenet. Ein ser at ved å bruke elektroniske pasient journalar får ein meir fullstendig, nøyaktig og omfattande dokumentasjon enn kva ein ville ha gjort viss ein bruker papir dokumentering. Mykje av grunnen til dette var at elektroniske dokumentasjonsverktøya var meir utarbeida og omfattande enn papirversjonen. Det standardiserte dokumentasjonsverktøya i denne studien gav eit meir omfattande og nøyaktig dokumentering av trykksår. Det er rimelig å tru at viss ein hadde fått eit standardisert system kunne ein ha oppnådd betre behandling av sår. Det kunne også gjelde i heimetenesene og bruken av PDA og mobil dokumentasjonssystem.

Det som kjem fram som hovud problematikk i dokumenteringa av sår er at det er ein mangel på nøyaktigheit og det trengs meir omfattande dokumentasjon basert på retningslinjer for å kunne sikre god kvalitet i sårbehandlinga. I ein rapport (Ge et al, 2015) frå Kina ser ein svært mange av dei same problema i dokumentasjonen av sår. Dei meinte at ein kunne betre dokumentasjonen ved å introdusera og implementera mobilar med ein standardisert program. Programmet skulle vera med på fremja tverrfaglig samarbeid med sår spesialistar. Ein drog ut til pasientane med mobilar som hadde sår dokumentasjons programmet og sendte dokumentasjonen til databaser som lagra informasjonen. Det kom raskt fram at for å kunne byggje ein stabil database med sår og behandlinga trengs det standarar for korleis ein dokumenterer. Dei gjennomførte innleiande testar på programmet og kom fram til to vesentlege fordelar ved å nytta det. Det første var at ein fekk meir korrekt bruk og oppfølging av bruken på avanserte bandasjar. Det viste seg å gje kortare tilhelningstid enn for dei som brukte vanlig bandasje. Den andre fordelan var at ein fekk eit meir kontinuitet i behandlinga av pasientane. Dette kom i frå at ein hadde to element i programmet som var uniformitet og objektivitet. Ein såg at når dokumenterte såret ved å bruke einsarta format og sårbilete gav dette kontinuitet. Det ein ser er at rapporten fokusera svært lite på kompetansebyggjing og brukarvennligheten i sårprogrammet. I ein artikkel frå Australia (Khalil, Cullen, Chambers, Steers, & Walker 2014) får me presentert viktige deler i prosessen i det å implementere eit mobilt sår dokumentasjonsprogram. Noko av det første som blir påpeika er nødvendigeita med opplæring for å kunne oppnå eit felles kompetansenivå. Dei innførte eit nettbasert treningsprogram som kunne sørge for eit felles kompetansenivå i bruken av mobil sårbehandlingsprogrammet. Det blei påpekt at å ha data kunnskapar er grunnleggande for å kunne handtere programmet og kursing og oppfølging av personellet var viktig her. På lik

linje med fleire andre studiar (eks: Tubaishat et al., (2015), Thoroddsen et al., (2013)) vart det også understreka i artikkelen til Khalil et al. (2014) at det var generelt dårlig standard hjå sjukepleiarar som skulle dokumentera sår. Eit mobilt sårbehandling program kunne vera med på å gje eit standardisert språk og eit felles faglig språk innan sår behandling.

Bruken av mobile sår dokumenterings- og vurderingsprogram har blitt brukt på nasjonalt plan i Danmark. Programmet er ein del av det som blir omtala som telemedisin. Forventa fordeler ved å implementera dette programmet på nasjonalt nivå var kortare sårhelningstid, fagleg utvikling hjå heimesjukepleiarane, mindre tid brukt på reising og ved sjukehus og økt pasient tilfredsheit. I praksis hadde telemedisin ein kjempe suksess og har vert brukt i fleire år på sjukehus i Søndrejyland og omkringliggjande kommunar (Henneberg, 2014).

Å kunne sikre ein viss standar og struktur i arbeidet er ein del av det å kunne fremma kvalitet. Det blir understreka av teorien til Donabedian (1980, s.79) i aspektet som omhandla struktur. Det blir eit organisatorisk ansvar å kunne sikre at personalet kan nytte dei resursane som er tilgjengelig. Ein kan i lys av dette sjå på opplæring og bruk av elektroniske hjelpemiddel som eit ein resurs for både leing og pleiepersonell og er med fremma kvalitet i pleia.

5.3 Kvalitetssikring av sårbehandlinga

Når ein ser at dokumentasjonen av sår generelt er dårlig, er det viktig å trekkje inn kvalitetssikring i drøftinga.

Donabedian sitt siste aspekt i det å kunne forstå kvalitet handlar om resultat. Det inneber å kunne måle, drøfte og evaluera om dei tiltaka ein faktisk gjere fungerer (Donabedian, 1980, s.119). Med grunnlag i dette kan ein sjå at dokumentasjon er essensiell del i det å yte kvalitet i pleia. Ein skal kunne dokumentera og dermed også sikre at ein gjer den jobben og oppnår det ynskja resultatet.

5.3.1 Det er ikkje nokon god kvalitetssikring

Det kan tyde at dokumentering i stor grad handlar om å kunne kvalitetssikre arbeidet sitt. Dette har i lang tid vert eit viktig moment i sjukepleia. Frå dei første sjukepleieteoretikarane, som Florence Nightingale blant anna, ser ein kor mykje dokumentasjonen har betydd i kvalitetssikringa av arbeidet (Karoliussen, 2011 s.18-19). I hennar tilfelle handla det i stor grad om å kunne føre statistikk over sitt eige arbeid for så å bruke dette som eit godt grunnlag for å kunne forsvare sitt eige arbeid (Vabo, 2014, s.13). Det er også i dag eit lovfesta verktøy at ein har i å forsvare sitt arbeid, sikre at pleia er god og at den blir utført (Heggdal, 2006 s.15)

For å kunne yte god sjukepleie er tilgang på informasjon av høg kvalitet elementært. Som

sjukepleiar er ein også nøydd til å kunne innhente og utveksle informasjon av kvalitet. Når ein skal kvalitetssikre sitt arbeid, er det vesentlig å kunne bevise at ein faktisk har gjort det ein skal. Det har blitt gjennom fleire studiar blitt påpeikt at dokumentasjon av kroniske sår ikkje er god, korkje når det gjeld risikovurderingar, behandling og vurderingar av resultat. Med grunnlag i at dokumentasjon er ein vesentlig del av det å kvalitetssikre kan ein då tolka det slik at det ikkje er god nok kvalitetssikring i sårbehandlinga?

Kan ein ved å bedra dokumentasjonen også sikre betre kvalitetssikring? I ein studie av Wang og Yu (2011) fant ein at mogelegheit for betre sjukepleiedokumentasjonen ved å implementera elektroniske dokumentasjonsprogram med standardisert struktur og språk, bruk av sjukepleieprosessen. Opplæring, utvikling og organisatorisk støtte i bruken dokumentasjonsverktøy kan bidra til betre dokumentasjon. I frå tidligare artiklar eg har brukt (eks: Friman et al. (2010), Thoroddsen et al. (2013) og Li & Korniewicz (2013)) ser ein også eit stort behov for standardisert dokumentasjon er nødvendig for å kunne sikre god dokumentasjon, og dermed også sikre eit viktig aspekt av kvalitetssikring.

6.0 Konklusjon

Mitt mål i denne oppgåva var å samle nok forskning og annan litteratur til å svare på problemstillinga. Noko av det som visste seg i søka er at temaet er ganske lite forska på og ein ser at det trengs ny litteratur på temaet.

Det kjem stadig nye metodar for korleis ein skal handtere sårbehandling i helsevesenet, enten på sjukehus eller i dei kommunale helsetenestene. Ut i frå forskinga er det rimeleg å sei at det er behov for eit kontinuerlig fokus på kompetanseheving då dette ofte var manglande. Dette ansvaret faller på eit leiar og organisasjonsnivå.

Kva grad dokumentasjon er med på å fremja sårbehandling i heimetenesta er varierende. Med dette meiner eg at dokumentasjon har mange forskjellige tydingar og funksjonar. Studiar viser at dokumenteringa til heimesjukepleiarar ofte er lite god. Det blir også understreka at dokumentasjon av sår er svært ofte lite nøyaktig og ikkje svært innhaldsrike, både i sjukehus og kommunale helsetenester. Det kan vera rimeleg å sei at nåverande dokumentasjon ikkje er adekvat for å vera med på å underbygge god sårbehandling. Det ein ser som eit av hovud trekka er eit stort behov for gode standardiserte og evidensbaserte retningslinjer for risikovurdering, behandling og vurdering av behandlinga. Dette vil då også innebere dokumentasjon av sår naturlegvis.

Ein ser på ein annan side eit stort potensiale for dokumentering av sår ved bruk av innoverande løysingar som mobil og PDA, men det er eit behov for gode retningslinjer og kompetanse løft for å kunne implementera dette godt. Bruken av telemedisin i kommunale helsetenester har visst seg lønnsamt i Danmark. Det blei påpekt at telemedisinske løysingar innan sår dokumentasjon og vurdering kunne forbetre sårtilhelinga og behandlinga rundt såret, i den kommunale helsetenestene. Dette var på grunn av eit standardisert format og språk som ein brukte til å dokumentera sår på nasjonalt plan. Det tverrfaglige arbeidet og kontinuiteten i pleia blei også betre. Ser ein dei positive resultatane i frå Danmark kan ein med grunnlag i dette trekkje slutningar mot at implementasjon av eit likt sårvurderings- og dokumentasjonsprogram vil betre sårbehandlinga i Noreg.

Dokumentasjon er eit av nøkkel delane i det å kunne kvalitetssikre arbeidet sitt, men når litteraturen viser til at dette ikkje er godt nok, kan ein antyde at kvalitetssikringa av sårbehandling ikkje er god nok i heimetenesta som kan føra til dårlig behandling av sår som igjen fører til dårlig sårbehandling.

Litteraturliste

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bjerga, G. H., Gausel, M. K., Hegglund, M. G., & Rossavik, B. (2013). Dokumentasjon ga bedre pleie. *Sykepleien 2013 101(9)(47-49)*. Doi:10.4220/sykepleiens.2013.0082
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dealey, C. (2012). *The care of wounds: A guide for nurses*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Dokumentere. (2009, 14. februar). I Store norske leksikon. Hentet 15. mars 2017 fra <https://snl.no/dokumentere>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan: Health administration press.
- Fjørtoft A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om Pasientjournal. (2000). *Forskrifter om pasientjournal*. Hentet 15.03.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg. (2015). *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 15.03.17 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: district nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal Of Interprofessional Care, 24(1)*, 90-99. doi:10.3109/13561820903078249
- Friman, A., Wahlberg, A. C., Mattiasson, A., & Ebbeskog, B. (2014). District nurses' knowledge development in wound management: Ongoing learning without organizational support. *Primary Health Care Research & Development, 15(4)*, 386-95. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S146342361300030>

- Ge, K., Wu, M., Liu, H., Gong, J., Zhang, Y., Hu, Q., & ... Lu, S. (2015). Wound Documentation by Using 3G Mobile as Acquisition Terminal. *International Journal Of Lower Extremity Wounds*, 14(2), 200-203. doi:10.1177/1534734614549925
- Gjertsen, H., Solvoll, G., & Gjernes, T. (2012). *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenesten: En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester*. (NF-rapport nr. 12/2012) Bodø: Nordlands Forskning.
- Gjevjon, E., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(1/2), 100-108. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleie: dokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven -hpl. (2001). *Loven om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_6
- Henneberg, E. W. (2014). Telemedical wound assessment on the way to large scale deployment in Denmark. *EWMA Journal*, 14(2), 43-46
- Ingebretsen, H., & Storheim, E. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s.345-379) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(2), 112-124. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv: ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Langøen, A., & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (red.), *Sårbehandling og hudpleie*. (3.utg., s.165-246). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langøen, A. (2014). Sår og behandling. I A. Birkeland & A. M. Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet*. (2. utg., s.115-138). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Li, D., & Korniewicz, D. M. (2013). Determination of the Effectiveness Of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers. *MEDSURG Nursing*, 22(1), 17-25.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe.

- Skaug, E. A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2*. (2. utg., s.15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slagvold, C., & Stranden, E. (2005). Venøse leggsår. *Tidsskriftet – Den norske legeforening*. Nr.7, 7 .April 2005. Tidsskr Nor Legeforen 2005;125:891-4
- Støren, I. (2013). *Bare Søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskiving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(1), 84-91. doi:10.1111/j.1471- 6712.2012.01004.x
- Tranøy, K. E. (2014, 24. juli). *Metode*. I Store norske leksikon. Hentet 15. januar 2017 fra <https://snl.no/metode>
- Tubaishat, A., Tawalbeh, L. I., Al Azzam, M., AlBashtawy, M., & Batiha, A. (2015). Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data. *British Journal Of Nursing*, 24S30-7.
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(9), 1858- 1875. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x

Vedlegg

Vedlegg I: Tabell Søkeprosess

Søk Nr.	Database	Søkeord	Avgrensing	Treff	Artikkel
Nr.1	CHINAL	Documentation	Full Text, 2010/2017	2621	0
Nr.2	CHINAL	Documentation AND Quality		501	0
Nr.3	CHINAL	Quality documentation AND Nurse*		17	Art.Nr.1
Nr.4	PubMed	Documentation	Full text, 2012-2017	124991	0
Nr.5	PubMed	Documentation AND Ulcer		203	0
Nr..6	PubMed	Documentation AND Ulcer AND Accuracy		17	Art.Nr.2
Nr.7	CHINAL	Home Care Nursing	Full Text, 2010/2017	995	0
Nr.8	CHINAL	Home care nursing AND documentation		36	Art.Nr.3
Nr.9	CHINAL	Wound care		3608	0
Nr.10	CHINAL	Wound Care AND Nurse*		553	0
Nr.11	CHINAL	Wound Care AND Nurse* AND Home Care		15	Art.Nr. 4
Nr.12	CHINAL	Chronic wound OR Pressure Ulcer OR Venous Ulcer		5331	0
Nr. 13	CHINAL	Chronic wound OR Pressure Ulcer OR Venous Ulcer AND Documentation		115	Art.Nr.5

Artikkel nr.1: Jefferies et al. 2010

Artikkel nr.2: Thoroddsen et al. 2013

Artikkel nr.3: Gjevjon & Hellesø 2010

Artikkel nr. 4 Friman et al. 2010

Artikkel nr. 5 Tubaishat et al. 2015

Denne tabellen viser til prosessen i suksessfulle søk. Det har vært svært mange søk utan treff på forskjellige databaser.

Vedlegg II: Sjekkliste artiklar

(Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors & Ehrenberg, 2013)

Kritisk vurdering - prevalensstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in patient record.

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Uklart <input type="checkbox"/></p> <p>Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Pasienter over 18 år, vest på sjukehus med enn 48 timer på kirurgisk, geriatrisk, medisk eller rehabiliteringsavdelingen. (Tot. 29 Avd.) 328 pas. 214 var med i data.</p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Uklart <input type="checkbox"/></p> <p>Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Utvalget ble inkludert på grunnlag av grunn av trykkesår.</p>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Det blir gjort rede for 90 pasienter som ikke ønsket å delta, 13 var utskrevet for studien før de ble samlet inn. 6 data samlinger var ufullført, 2 mangla.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Totalt er 328 pas. ved studiet. 13 var utskrevet med vidal. Men av 47 pasienter med trykksår som var aktuelle for studien var 45 med vidal.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>EPVAP Prevalens Verktøy var nytt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker-skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Det samme verktøyet for å måle prevalens og trykksår ble brukt på alle pasientene.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysing av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Hovedkonklusjon: Dokumentasjonen som hensikt å fremja kontinuitet var dårlig. Dokumentasjonen var usystematisk og ufullstendig. Det er et behov for evidensbaserte retningslinjer.</p> <p>Signifikansverdien $P < 0.05$ var nyttå for å avvise signifikans.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>